

審査会事務局ハンドブック

別冊資料集

(要介護認定等に関する事務連絡・通知)

2021年4月

みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社

<目次>

	(頁数)
【通知】認定調査員等研修事業の実施について(平成 20 年 6 月 4 日老発第 0604001 号)	1
【事務連絡】本年4月からの要介護認定方法の見直しについて(平成 21 年 3 月 24 日)	11
【事務連絡】要介護認定等の実施について(平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331005 号)	15
【事務連絡】要介護認定方法の見直しに係る Q&A について(平成 21 年 6 月 18 日)	18
【事務連絡】要介護認定の見直しに係る検証・検討会における検討結果について(平成 21 年 7 月 29 日)	27
【通知】要介護認定等の方法の見直しに伴う経過措置の廃止について(平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第4号)	29
【通知】要介護認定等の実施について(平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号)	30
【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「特定疾病にかかる診断基準」について(平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 2 号)	47
【事務連絡】要介護認定等の方法の見直しに係るQ&A及び認定調査員テキスト2009改訂版正誤表の送付について(平成 21 年 9 月 30 日)	188
【通知】介護認定審査会の運営について(平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 6 号)	202
【事務連絡】10月以降の要介護認定等の方法の見直しに伴う再申請等の勧奨及び状況の把握について(平成 21 年 10 月 9 日)	217
【事務連絡】要介護認定の見直しに係る検証・検討会における検討結果について(平成 22 年 1 月 15 日)	220
【事務連絡】「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」における検討結果を踏まえた認定調査及び介護認定審査会における留意事項等について(平成 22 年 2 月 2 日)	222
【事務連絡】末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について(平成22年 4 月 30 日)	225
【事務連絡】末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について(平成22年 10 月 25 日)	228
【事務連絡】二次予防事業における要介護認定等の結果の積極的な活用について(平成 23 年 8 月 3 日)	233

【事務連絡】末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について(平成 23 年 10 月 18 日)	235
【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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について(平成 24 年 3 月 30 日老老発 0330 第 2 号)	239
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(平成 24 年 3 月 30 日老発 0330 第 9 号)	240
【事務連絡】障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について(平成 27 年 2 月 18 日)	242
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(平成 27 年 3 月 31 日老発 0331 第 1 号)	246
【通知】「介護認定審査会の運営について」の一部改正について(平成 27 年 3 月 31 日老発 0331 第 2 号)	250
【事務連絡】主治医意見書における医師同意欄の取扱いについて(平成 27 年 4 月 22 日)	280
【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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について(平成 27 年 3 月 31 日老老発 0331 第 1 号)	281
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(平成 27 年 9 月 29 日老発 0929 第 7 号)	284
【通知】介護保険法施行令の一部を改正する政令の公布及び介護認定審査会の運営についての一部改正について(平成 27 年 12 月 16 日老発 1216 第 2 号)	288
【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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について(平成 28 年 3 月 31 日老老発 0331 第 1 号)	290
【事務連絡】平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等について(平成 29 年 12 月 20 日)	291
【事務連絡】介護認定審査会の簡素化等に係るQ&A(平成 30 年 2 月 14 日)	295
【通知】「介護認定審査会の運営について」の一部改正について(平成 30 年 3 月 23 日老発 0323 第 1 号)	298
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(平成 30 年 3 月 23 日老発 0323 第 2 号)	300
【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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について	304

(平成 30 年 3 月 23 日老老発 0323 第1号)	
【通知】要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドラインについて(平成 30 年 7 月 26 日老発 0726 第1号)	306
【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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について(平成 30 年 9 月 20 日老老発 0920 第 1 号)	307
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(平成 30 年 9 月 25 日老発 0925 第 2 号)	309
【事務連絡】がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について(平成 31 年 2 月 19 日)	311
【事務連絡】令和2年4月からの要介護認定制度の改正案について(令和 2 年 2 月 3 日)	313
【事務連絡】精神疾患患者に係る要介護認定における留意事項について(令和 2 年 2 月 7 日)	315
【事務連絡】社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について(令和 2 年 2 月 13 日)	316
【事務連絡】新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて(令和 2 年 2 月 18 日)	323
【事務連絡】新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて(その2)(令和 2 年 2 月 28 日)	324
【事務連絡】要介護認定に係る Q&A について(令和 2 年 3 月 13 日)	325
【事務連絡】新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて(その3)(令和 2 年 3 月 13 日)	327
【通知】「要介護認定等の実施について」の一部改正について(令和 2 年 3 月 31 日老発 0331 第 2 号)	328
【事務連絡】新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて(その4)(令和 2 年 4 月 7 日)	336
【事務連絡】令和 2 年7月3日からの大雨による災害に係る介護報酬等の請求等の取扱いについて(令和 2 年 7 月 6 日)	337
【通知】令和二年七月三日からの大雨による災害に対処するための要介護認定有効期間及び要支援認定有効期間の特例に関する省令の施行について(令和 2 年 7 月 17 日老発 0717 第 1 号)	341
【事務連絡】新型コロナウイルス感染症にかかる要介護認定の臨時的な取扱いについて(その5)(令和 3 年 1 月 29 日)	342
【通知】「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令」の公布等について(令和 2 年 12 月 25 日老発 1225 第 3 号)	343

【事務連絡】令和 3 年福島県沖を震源とする地震による災害を伴う被災者に係る被保険者証の提示等について(令和 3 年 2 月 14 日) 348

● 審査会事務局ハンドブック 別冊資料集に関する留意点

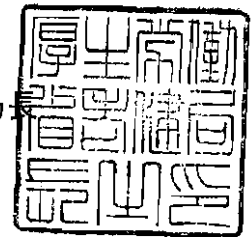
本資料集では、審査会事務局ハンドブックの別冊編として、審査会事務局業務に携わっている職員の方に参照して頂けるよう、要介護認定等に関連する事務連絡・通知をまとめています。審査会事務局ハンドブックとあわせて、日々の業務にご活用頂ければ幸いです。なお、本資料集は、過去の事務連絡・通知を全て網羅しているものではないことにご留意ください。



老発第 0604001 号
平成 20 年 6 月 4 日

各 都道府県知事 殿
指定都市市長

厚生労働省老健局長



認定調査員等研修事業の実施について

要介護認定の適正な実施の重要性に鑑み、認定調査員、介護認定審査会委員、及び主治医等に対して研修を実施し、もって介護保険制度の円滑かつ適正な実施に資するため、今般、別添のとおり「認定調査員研修実施要綱」（別添 1）、「介護認定審査会委員研修実施要綱」（別添 2）、「主治医研修実施要綱」（別添 3）及び「介護認定審査会運営適正化研修実施要綱」（別添 4）を定め、平成 20 年 4 月 1 日より適用することとしたので本事業の円滑な実施について十分配慮願いたい。

また、本通知の施行に伴い、「認定調査員等研修事業の実施について」（平成 13 年 6 月 20 日老発第 238 号厚生労働省老健局長通知）は廃止する。

認定調査員研修実施要綱

1 目的

認定調査に従事する者が要介護認定及び要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）における公平・公正かつ適切な認定調査を実施するために必要な知識、技能を修得及び向上させることを目的とする。

2 実施主体

都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）とする。ただし、その内容等が都道府県等が直接に実施する研修と同等であると判断されるものについて、市町村等に実施を委託することは可能とする。

3 対象者

新規に認定調査に従事する者及び認定調査に従事することが予定される者並びに既に認定調査に従事している者であって都道府県等が必要と認めた者とする。

4 研修内容及び研修方法

新規に認定調査に従事する者及び認定調査に従事することが予定される者に対しては、以下の(1)～(3)のすべてについて研修（以下、「新規研修」という。）を実施する。

既に認定調査に従事している者に対しては、(3)を含む必要な項目について研修（以下、「現任研修」という。）を実施する。

なお、新規研修と現任研修の共通部分について、同時に実施することは差し支えない。

(1) 要介護認定等に関する基本的な考え方

要介護認定等に関する手続きの一連の流れ、要介護認定等基準の基本的な考え方、要介護認定等基準時間の設定方法、一次判定の基本的考え方、二次判定の方法とその基本的考え方等について講義方式によって実施する。

(2) 認定調査の実施方法

認定調査に関する総括的な留意事項及び調査方法、個別項目に関する定義、調査上の留意点及び選択肢の判断基準、認定調査票の記入方法等について講義方式によって実施する。

(3) 事例検討

以下の事項等について検討会方式により実施する。

- ・ 調査結果を記載する際に判断に迷った場合の記載の仕方
- ・ 特記事項の適切、不適切な記載の仕方
- ・ 同一の高齢者について複数の認定調査員が実施した調査結果の比較

5 研修実施上の留意点

(1) 講師

都道府県等の職員その他認定調査に関する知識及び経験を有すると都道府県等が認めた者とする。

(2) 研修課程標準時間目安

①新規研修

合計4時間以上を目安とする。

②現任研修

合計時間は特に定めず、必要に応じ、定期的を開催することが望ましい。

(3) 修了

本研修の新規研修又は現任研修のそれぞれの全課程を受講した者を本研修の修了者とする。

(4) 研修修了者

都道府県知事又は指定都市市長は、新規研修及び現任研修の別に修了者について、名簿を作成する。

6 経費の補助

本事業実施要綱により実施する事業については、別に定めるところにより国庫補助を行うものとする。

介護認定審査会委員研修実施要綱

1 目的

介護認定審査会委員が要介護認定及び要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）における公平・公正かつ適切な審査判定を実施するために必要な知識、技能を修得及び向上させることを目的とする。

2 実施主体

都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）とする。ただし、その内容等が都道府県等が直接に実施する研修と同等であると判断されるものについて、市町村等に実施を委託することは可能とする。

3 対象者

介護認定審査会委員及び介護認定審査会委員に委嘱されることが予定される者とする。

4 研修内容及び研修方法

新規に介護認定審査会委員に就任（予定を含む。以下同じ。）する者に対しては、以下の(1)～(8)について研修（以下、「新規研修」という。）を実施する。

過去に研修を受講している者に対しては、必要に応じて研修（以下、「現任研修」という。）を実施する。

なお、新規研修と現任研修の共通部分については、同時に実施することは差し支えない。

(1) 要介護認定関係制度論及び介護認定審査会委員の基本姿勢

社会保障制度、介護保険法、要介護認定等の理論等の要介護認定関係制度論や、前記内容を踏まえた委員としての基本的な考え方等について講義方式によって実施する。

(2) 要介護認定等基準の考え方

要介護認定等手続きの一連の流れ、要介護認定等基準の概念、要介護認定等基準時間の設定方法、一次判定及び二次判定の役割等について講義方式によって実施する。

(3) 介護認定審査会の手順

介護認定審査会に関する全体的な留意事項、個別の審査及び判定方法等について講義方式によって実施する。

(4) 事例検討

審査判定における留意事項等の周知を図るために、介護認定審査会における個別の審査判定において、特に判定が困難であった事例及び審査判定の際に参考となる事例について検討会方式によって実施する。

(5) 効率的な運営の検討

介護認定審査会の効率的な運営に資する方策等について検討を行う。

(6) 都道府県内等情勢の分析

認定支援ネットワーク等を通じて得られる都道府県内等の要介護認定等の実施状況について、特定の地域において偏った認定結果になっていないか等の分析を行う。

(7) 平準化に資する方策の検討

(4)による事例や(6)による分析を踏まえ、地域ごとの要介護認定の平準化に資する方策の検討を行う。

(8) その他

上記の他、必要な事項、留意すべき事項等について講義方式によって実施する。

5 研修実施上の留意点

(1) 講師

都道府県等の職員その他講義内容について十分な知識及び経験を有すると都道府県等が認めた者とする。

(2) 研修課程標準時間目安

①新規研修

合計3時間以上を目安とする。

②現任研修

合計時間は特に定めず、必要に応じ、定期的に開催することが望ましい。

(3) 研修の修了

本研修の新規研修又は現任研修のそれぞれの全課程を受講した者を本研修の修了者とする。

(4) 研修修了者

都道府県知事又は指定都市市長は、新規研修及び現任研修の別に修了者

について、名簿を作成する。

6 経費の補助

本事業実施要綱により実施する事業については、別に定めるところにより
国庫補助を行うものとする。

主治医研修実施要綱

1 目的

要介護認定及び要支援認定（以下、「要介護認定等」という。）に係る審査判定の重要な資料である主治医意見書の記載がより適切に行われるよう、主治医意見書の記載方法等について研修を実施し、適切な要介護認定等の実施に資することを目的とする。

2 実施主体

実施主体は都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）とする。ただし、その内容等が都道府県等が直接に実施する研修と同等であると判断されるものについて、市町村、公的団体等に実施を委託することは可能とする。

3 対象者

主治医意見書を記載する（予定を含む。）医師とする。なお、複数回の受講を妨げない。

4 研修内容及び実施方法

以下の(1)～(8)について、原則として講義方式によって実施する。

なお、(1)～(5)を必須とし、(6)～(8)を必要に応じて行うものとする。

- (1) 介護保険制度における主治医の役割
- (2) 要介護認定等の仕組みと基準
- (3) 介護認定審査会における審査判定の方法
- (4) 主治医意見書の具体的な記載方法
- (5) 特定疾病の診断
- (6) 実際の主治医意見書記載例に関する事例検討
- (7) 介護保険制度及び高齢者等に対する一般施策として利用できるサービスの概要
- (8) その他都道府県等が主治医意見書記載にあたって必要と認める事項

5 研修実施上の留意点

(1) 事業委託

本事業については、主治医意見書記載についての研修を実施する体制、能力のある市町村又は公的団体等に委託することができる。

また、地域における関係団体と十分に調整を図る必要がある。

(2) 研修時間

合計3時間以上を目安とする。

(3) 講師

都道府県等の職員その他高齢者医療及び介護保険制度全般に関する学識を有すると都道府県等が認めた者とする。

(4) 研修受講者

都道府県知事又は指定都市市長は、本研修受講者について、名簿を作成する。

6 経費の補助

本事業実施要綱により実施する事業について、別に定めるところにより国庫補助を行うものとする。

介護認定審査会運営適正化研修実施要綱

1 目的

市町村職員等介護認定審査会の運営に関わる者が介護認定審査会の適正な運営を図るために必要な知識、技能を修得すること並びに介護認定審査会における審査判定手順等の適正化及び平準化を図ることを目的とする。

2 実施主体

都道府県又は指定都市（以下、「都道府県等」という。）とする。ただし、その内容等が都道府県等が直接に実施する研修と同等であると判断されるものについて、市町村等に実施を委託することは可能とする。

3 対象者

市町村職員等介護認定審査会の運営に関わる者とする。

4 研修内容及び研修方法

以下の(1)～(8)について、原則として講義方式及び討議方式によって実施する。

(1) 要介護認定関係制度論及び介護認定審査会の適正な運営

社会保障制度、介護保険法、要介護認定等の理論等の要介護認定関係制度論や、介護認定審査会の適正な運営に資する方策等について講義方式によって実施する。

(2) 要介護認定等基準の考え方

要介護認定等手続きの一連の流れ、要介護認定等基準の概念、要介護認定等基準時間の設定方法、一次判定及び二次判定の役割等について講義方式によって実施する。

(3) 介護認定審査会の手順及び介護認定審査会への関与

介護認定審査会に関する全体的な留意事項、個別の審査、判定方法及び市町村職員等による介護認定審査会への関与等について講義方式によって実施する。

(4) 認定調査の実施方法

介護認定審査会の適正な運営に資する認定調査票の記載方法等について講義方式によって実施する。

(5) 事例検討

介護認定審査会の適正な運営を図る際に参考となる事例について検討を

行う。

(6) 都道府県内等情勢の分析

都道府県内等の要介護認定等の実施状況について分析を行う。

(7) 適正化及び平準化に資する方策の検討

(5)による事例や(6)による分析を踏まえ市区町村等における合議体ごとの実施状況等、要介護認定等の適正化及び平準化に資する方策の検討を行う。

(8) その他

上記の他、必要な事項、留意すべき事項等について講義方式によって実施する。

5 研修実施上の留意点

(1) 講師

都道府県等の職員その他講義内容について十分な知識及び経験を有すると都道府県等が認めた者とする。

(2) 研修課程標準時間目安

合計3時間以上を目安とする。

(3) 研修受講者

都道府県知事又は指定都市市長は、本研修受講者について、名簿を作成する。

6 経費の補助

本事業実施要綱により実施する事業については、別に定めるところにより国庫補助を行うものとする。

平成21年3月24日

各都道府県介護保険担当課(室)
各市町村介護保険担当課(室)
各介護保険関係団体 御中

厚生労働省老健局老人保健課

本年4月からの要介護認定方法の見直しについて

本年4月からの要介護認定方法の見直しについては、平成21年1月30日から同年3月2日までの間に実施した「要介護認定等基準時間の推計の方法(平成12年厚生省告示第91号)の一部改正について」のパブリックコメントや関係団体等からのご意見を踏まえ、下記のと通りの対応を行うこととし、別途、これらが反映された「認定調査員テキスト 2009」のPDF ファイルを送付するとともに、今般の要介護認定方法の見直しに係るパンフレットのひな形を送付するので、適宜ご活用願いたい。

なお、上記の対応を反映させた告示、通知及び「認定調査員テキスト 2009」(製本)並びに平成20年12月26日に送付した「認定調査員テキスト 2009」の変更箇所の一覧については、改めて送付するので関係者へ周知を願いたい。

記

1 認定調査項目の選択肢の文言の見直し

これまで公表されている「認定調査員テキスト 2009」では、「介助」に関する項目の選択肢について、「自立(介助なし)」又は「できる(介助なし)」との標記が用いられていたが、この項目は介助の程度を問うているのに、回答では高齢者の能力や状況について言及しており、誤解を生じかねないのご意見があったことを踏まえ、「介助されていない」に変更することとした。(全16項目)

2 調査項目の解釈の明確化(3項目)

「認定調査員テキスト 2009」において、調査項目の解釈の明確化を行ったので、以下の点を参考に選択肢の選択をされたい。

(1) 「移乗」

「移乗」とは、「ベッドから車椅子」、「ベッドからポータブルトイレ」など、体(でん部)を移動させ椅子等に移ることを想定した項目であるが、ベッド上でシーツ交換や体位変換の際にも、体(でん部)を動かすこととなり、この場合も「移乗」に含まれるもので

ある。例えば、寝たきりであって自分では全く動けないが、体位変換の際に介助者により介助が行われていれば、「全介助」を選択する。

(2) 「買い物」

「買い物」とは、「商品を選択し、代金を支払う」ことであり、無駄な買い物をしているか等の買い物の適切さについては問わないが、代金の支払不足、未払い等があり、後で家族等が返品、清算等の介助を行っているような場合は、「一部介助」を選択する。

(3) 「金銭の管理」

「金銭の管理」とは、自分の所持金の出入金の把握、管理、出し入れする金額の計算等の一連の行為であるが、自分で銀行からお金を下ろすことはできるものの、所持している金額以上の契約を行った後で家族等が清算、契約解除をするなどの介助を行っている場合は、「一部介助」を選択する。

3 「介助されていない」場合の特記事項の記載方法等について

今回、「認定調査の選択肢の選択方法」については、「能力(18項目)」、「介助の方法(16項目)」、「障害や現象(行動)の有無(28項目)」、「特別な医療(12項目)」のいずれかに分類し、それぞれについて観察、聞き取りに基づいて客観的に選択する方式としたところである。

これにより、「介助の方法」に係る項目の選択肢の選択については、

(1) 「実際に介助が行われている」場合は、新・旧の認定調査員テキストともに「介助あり」を選択することとなっていること

(2) 「高齢者が自立しており、介助が行われていない」場合は、旧認定調査員テキストでは「自立」を、新認定調査員テキストでは「介助されていない」を選択することとなっており、実際の事案においては大部分を占めると考えられるこれらの場合については、認定調査員の選択肢に差は生じないと考えられる。

一方、「介護不足等により介助が行われていない」場合は、旧認定調査員テキストでは、認定調査員が推測して選択肢を選択していたが、これでは、実際に介助が行われているか否か(介助が不足しているか否か)が分からないため、新しい認定調査員テキストでは介護不足等のために「介助されていない」を選択した上で、特記事項に「介護が不足している」等の詳細な理由を記載していただくこととしている。適正な二次判定を行うためには、特記事項の記載が重要となるために、特記事項の充実を図りたい。

なお、特記事項については、以下の例を含め、「認定調査員テキスト 2009」に具体的な記載例を記したところであり、参考とされたい。

(1) 洗顔

「洗顔」を行う習慣がない等の場合は、介助自体が発生していないため、「介助されていない」を選択する。ただし、明らかに介助が不足している場合、そのように判断される具体的な事実と介助の必要性を特記事項に記載する。

【特記事項の記載例】

一週間以上に渡り洗顔の介助が行われていないため「1. 介助されていない」を選択するが、大量の目脂を認め、不潔な状態である。介助の必要性があると考えられる。

(2) 短期記憶(面接調査の直前に何をしていたか思い出す)

調査当日の状況と調査対象者や家族等から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、調査日当日の状況で選択する。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

【特記事項の記載例】

調査当日の昼食で何を食べたかまで答えることができたため、「1. できる」を選択する。しかし、家族の話では、日頃は物忘れがひどく、直前のことも覚えていないことがあるとのこと。

		新認定調査員テキスト	旧認定調査員テキスト
介助が行われている		介助あり	介助あり
介助が行われていない	自立しており、介助されていない	介助されていない	調査員が推測し、「自立」を選択
	介護不足等	「介助されていない」を選択 ※ <u>必要性を特記事項に記載</u>	調査員が推測し、「介助あり」を選択

4 その他

今回の要介護認定方法の変更では、

- (1) 認定調査員の調査におけるバラツキの解消
- (2) 介護技術の進歩を取り入れ、最新の介護の手間をより正確に反映させる
- (3) 特記事項の充実等により、より適切な要介護認定審査を行う

ということを主眼に置いて行ったところであり、これらを着実にを行うためには、

- (1) 申請者(家族)に、普段困っていることや不便に思っていることを具体的に遠慮なく話していただく
- (2) 調査員は、それらを把握し、手間や頻度等を認定調査の特記事項に的確に記載

する

(例) 認定調査項目の選択肢で「介助されていない」を選択しても、実際に介助が不足している場合には、その旨を特記事項に記載する

(3) 審査会では、特記事項や主治医意見書を基に、手間のかかり具合を総合的に勘案して判定する

ことが重要である。

また、審査判定後、認定審査会は必要に応じて意見を付することができることとなっていることから、特に「介護が不足している」等の場合については、審査会においては積極的に、導入すべきサービス内容等に関する意見を付するとともに、これらのサービスがケアプランに反映されることが重要となる。このため、必要に応じて介護保険被保険者証に認定審査会の意見を記入し、申請者(家族)に周知するとともに、本人の同意がある場合は、適切なケアプラン作成のため、本人の認定調査結果(特記事項を含む。)、主治医意見書、判定結果等に関する情報を介護支援専門員に提供することなどについて、ご留意いただきたい。

なお、「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について」(平成11年老企第22号)第2の3(7)②にあるとおり、「指定居宅サービス事業者は、法第73条第2項の規定に基づき認定審査会意見が被保険者証に記されているときは、当該意見に従って、当該被保険者に当該指定居宅サービスを提供するように努める必要があり、介護支援専門員は、利用者が提示する被保険者証にこれらの記載がある場合には、利用者にその趣旨について説明し、理解を得た上で、その内容に沿って居宅サービス計画を作成する必要がある。」ことを申し添える。

老発第0331005号
平成21年3月31日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

要介護認定等の実施について

要介護認定等に係る申請等については、従前「要介護認定等の実施について」（平成18年3月17日老発第0317001号厚生労働省老健局長通知。以下「平成18年3月老発第0317001号通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般、「要介護認定等基準時間の推計の方法（平成12年厚生省告示第91号）の一部を改正する件」（平成21年厚生労働省告示第189号）が公布され、平成21年4月1日から施行されることに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、平成21年4月1日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の発出に伴い、平成18年3月老発第0317001号通知は平成21年3月31日をもって廃止する。

記

1 要介護認定等に係る申請

(1) 要介護認定（要支援認定）の新規申請及び更新申請

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、別添 1-1 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村（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。）に申請を行うものとする。ただし、当該被保険者が介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「規則」という。）第 26 条第 1 項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することは要しない。要介護更新認定又は要支援更新認定を受けようとする場合も同様とする。

(2) 要介護認定（要支援認定）区分変更申請

要介護状態区分又は要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、別添 1-2 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(3) サービスの種類指定の変更申請

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 37 条第 1 項の規定に基づき介護給付等対象サービスの種類の指定を受けた被保険者が当該指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更の申請を行う場合は、別添 1-3 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(4) その他

(1) から (3) に係る申請について、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す様式と異なる様式を使用することは差し支えないが、規則の各条に規定する申請書への記載事項に加え、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す事項を含むものとする。

2 要介護認定に係る調査の実施者

(1) 市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町村職員が実施する。

(2) 指定市町村事務受託法人への委託

ただし、市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。

(3) 指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅

介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって規則第 40 条第 5 項の要件を満たすものに委託することができる。

（４）認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知（「認定調査員等研修事業の実施について」（平成 20 年 6 月 4 日老発第 0604001 号）により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者（以下「認定調査員」という。）が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添 2 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。ただし、調査対象者に対して 3 に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

3 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（当該調査対象者の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、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添 3 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。

4 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き、本職通知（「介護認定審査会の運営について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331006 号））に規定する方法により審査判定を行う。

5 住所移転後の要介護認定の取扱い

法第 36 条に規定する、要介護認定に係る事項を証明する書面の様式は別添 4 の通りとする。

事 務 連 絡
平成21年6月18日

各都道府県介護保険担当課(室)長 殿

厚生労働省老健局老人保健課

要介護認定方法の見直しに係るQ&Aについて

介護保険制度の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

要介護認定方法の見直しに関する質問窓口として、平成21年3月19日から、専用のメールアドレスを設置しておりますが、寄せられたご質問をもとに、Q&Aを作成いたしましたので、今後の業務の参考としてご活用ください。

要介護認定方法の見直しについて生じうる疑義及びその回答

問 1

選択肢の選択の際に、判断に迷う時にはどのような対応をすべきか。

(答) 認定調査員テキスト P10 参照

調査項目の定義、選択肢の判断基準、調査上の留意点に従い選択した上で、具体的な状況（選択肢を選択した根拠、判断に迷った点、介護の手間等）を特記事項に記載する。

問 2

介助の方法で評価する調査項目の場合について、独居の方についての調査はどのように行ったらよいか。

(答) 認定調査員テキスト P26～P27 参照

独居の方等については、「常時、介助を提供する者がいない場合」として取り扱うこととなっている。

問 3

介助の方法で評価する調査項目の場合について、「常時、介助を提供する者がいない場合」と「介助が不足の場合」の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れの違い如何。

(答) 認定調査員テキスト P26～P27 参照

介助の方法で評価する項目については、原則的に、介助が行われているかどうかを評価軸とするものである。

ただし、「常時介助を提供する者がいない場合」については、実質的に介助者が存在しないために、行われている「介助の方法」を評価できない場合であり、独居、日中独居、同居者も介助を必要とする状態（同居者が要介護認定を受けているかどうかは問わない）にあり介助を行うことができない場合、及び同居介護者の虐待による介護放棄が該当する。

これらに該当する場合は、実際の介助の状況に関わらず、認定調査員は不足している介助を想定して選択肢を選択し、その選択の根拠となっている事

実等の特記事項に記載する。

他方、「介助が不足の場合」とは、介助を提供することが可能な介助者が実質的に存在しているものの（あるいは一定の介助が提供されているものの）、介助方法が不適切な場合や、介助量が十分ではないためになんらかの問題が発生していると考えられる場合などが該当する。このような場合は、実際に行われている介助の状況に基づき選択を行い、不足していると考えられる介助については、特記事項に記載し、審査会の二次判定で評価を行うこととする。

〈審査会における対応〉

- ① 「常時、介助を提供する者がいない場合」は、認定調査員の判断にばらつきが生じる可能性もあることから、審査会における一次判定の修正・確定の段階で認定調査員の判断の妥当性を十分吟味することが必要である。
- ② 「介助が不足の場合」は、当該調査対象者に不足していると考えられる介助量について、審査会の二次判定で評価を行い、その上で、必要と考えられるサービスについてもご議論いただき、必要に応じて療養上の意見を付していただくこともできる。

問4

介助の方法で評価する調査項目の場合について、二世帯住宅などで同居ではあるが、実態として交流がない場合などは「常時、介助を提供する者がいない場合」に該当すると考えるのか。

(答) 認定調査員テキスト P26～P27 参照

本規定に該当するかどうかは、形式的な要件によるものではなく、実質的に介助者が、対象者の傍らに存在するかどうかを判断の基準としていることから、二世帯住宅などで同居ではあるが、実態として交流がない場合も該当する。

「介助の方法」で評価する調査項目は、それぞれの生活行為について「介助されているか」どうかを問う項目であるため、そもそも介助を提供する主体となる人が確保できていない状況では、調査項目を評価することができない。

また、独居でヘルパーを週に数回利用する場合など、日によって状況が異なる場合は、事実上の独居状態にある機会がより頻回ならば、「常時、介助を提供する者がいない場合」に該当すると考える。

問5

介助の方法で評価する調査項目については、独居者であれば、必ず「常時、介助を提供する者がいない場合」として、選択肢を選択することになるのか。

(答) 認定調査員テキスト P26～P27 参照

介助を提供する者の有無については、同じ独居の対象者であっても、必ずしも「常時、介助を提供する者がいない場合」が適用されるものではない。

〈具体的な調査項目の例〉

1-10「洗身」については、独居者において、週に二回の洗身にかかる介助は、親族の週に二回の訪問時に介助が行われている場合もあり、この場合は、実際に行われている介助の状況によって評価すべきである。

2-5「排尿」については、同じ独居者でも、親族の訪問時に必ずしも排尿行為があるとは限らないため、「常時、介助を提供する者がいない場合」に該当すると考えることができる。

問6

介助の方法で評価する調査項目について、時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合はどのように選択肢を選択すべきか。

(答) 認定調査員テキスト P26 参照

おおむね1週間の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択し、日頃の状況等については、特記事項に記載する。

なお、介助の方法で評価する調査項目においては、該当する行為（例えば排尿、洗顔など）が日常的にどの程度行われているのかを把握した上で、そのうち介助が行われている（または介助が行われていない）頻度がもっとも多いもので選択を行うことを原則とする。

〈具体的な調査項目の例〉

例えば、対象者の「移動」行為について、状況によって介助の方法が異なる場合は、おおむね一週間の「移動」の全体量を把握した上で、介助が、そのうちのどの程度に行われているか（より頻回な介助の方法）によって、選択を行い、それぞれの介助の状況について特記事項に記載する。

洗身などのように、必ずしも毎日行われたい行為についても同様であり、おおむね一週間程度に発生している行為のうち、例えば三回のうち二回以上行われている介助の方法で選択し、残りの一回の状況については、特記事項に介助の方法を記載する。

〈審査会における対応〉

特記事項に記載された内容を勘案し、介護の手間等について評価を行う。

問7

能力で評価する調査項目および麻痺・拘縮について、試行結果の評価が困難な場合や日頃の状況と試行の結果が異なる場合は、どのように選択すべきか。

(答) 認定調査員テキスト P23 参照

調査項目の定義、選択肢の選択基準、調査上の留意点に従い選択した上で、具体的な状況の特記事項に記載する。選択に迷う場合や、いずれの選択も妥当だと思える場合、また日頃の状況と試行の結果が異なる場合は、認定調査員の選択の根拠を特記事項に明記した上で、介護認定審査会における一次判定修正・確定の手順において、審査会の判断を仰ぐことが必要である。

〈審査会における対応〉

審査会は、関連する他の項目の特記事項や項目間の整合性などについても総合的に勘案しつつ、特記事項または主治医意見書の具体的な記載を根拠として、一次判定の修正・確定の手順において、認定調査員の選択を修正することができる。

問8

BPSD 関連の調査項目（主に4群）については、選択する際に介護に係る手間を勘案してもよいのか。

(答) 認定調査員テキスト P30 参照

選択肢の選択の際に介護の手間については勘案しない。

行動障害・精神症状（BPSD 関連）については、行動の有無で選択する項

目のため、当該症状が発生している頻度に応じて「2. ときどきある」「3. ある」を選択するが、選択に当たって、介護の手間が発生していなくても、定義されている行為が発生していれば、頻度に応じて選択することができる。

具体的な介護の手間の有無は、調査項目の選択基準には含まれないものの、二次判定において介護の手間の審査判定を行う際の重要な情報となることから、特記事項に対応（介護の手間）の内容や頻度を記載し、必要に応じて介護認定審査会の二次判定にて評価を行うこととする。

問9

3-1「意思の伝達」と5-3「日常の意思の決定」の違いは何か。

(答) 認定調査員テキスト P103～P104 及び P139～P140 参照

3-1「意思の伝達」については、決定された意思を「伝達する能力のみ」を評価する項目であるため、意思の「決定」の内容の合理性は問わない。また、伝達する方法についても、手段を問わないことから、意思が伝達されるのであれば、筆談などでも「できる」と考える。

5-3「日常の意思の決定」については、対象者が決定すべき内容を理解しており、決定できていれば「できる」と考える。

〈具体的な例〉

日常生活の中で、「どの服を着るか」の意思決定する場合に「ご飯が食べたい」と回答するような状況の場合は、「決定」そのものは行われているが、決定すべき内容を理解しているとは考えられないため、できていないと考える。

なお、「日常の意思決定」については、定義の示すとおり、「特別な場合（ケアプランの作成への参加、ケアの方法・治療方針への合意など）」に意思決定が出来るかどうかの観点と、それができない場合に「慣れ親しんだ日常生活状況（見たいテレビ番組、その日の献立、着る服の選択等）」での意思決定の可否について、日頃の状況の観点から「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」を選択する。認定調査員が判断に迷う場合は、他の項目同様に、特記事項に迷った理由を記載した上で、審査会の一次判定の修正・確定において判断を仰ぐ。

問10

1-5「座位保持」において、「3. 支えてもらえばできる」を選択する場合、ベッドのギャッチアップ角度は何度程度と考えるべきか。

(答) 認定調査員テキスト P45～P47 参照

ギャッチアップに係る具体的な角度については、当該調査項目の定義や個別の選択肢の選択基準に含んでいないところ。認定調査員が、対象者の状況を確認し「座っている」と判断した場合は、そのように判断した状況と理由を特記事項に記載した上で、介護認定審査会における一次判定修正・確定の手順において、審査会の判断を仰ぐこととする。

なお、審査会が認定調査員の判断の妥当性を確認できるよう、ベッド上以外で試行することができなかったといった点や、ベッドの角度に限らず本人の姿勢や角度、就寝時との姿勢の違いなどについて具体的な状況の特記事項に記載することが重要である。

問 1 1

1-1 「麻痺等の有無」や1-2 「拘縮の有無」における四肢の欠損については、「肘・膝より下位の部位に欠損がある場合」と定義されているが、肘・膝より近位に欠損がある場合の取り扱い如何。また、四肢以外の欠損（手指・足趾など）を認める場合の介護の手間は、どの調査項目で勘案されるのか。

(答) 認定調査員テキスト P32～P33 及び P36～P37 参照

「麻痺等の有無」、「拘縮の有無」における、「その他（四肢の欠損）」については、肘関節、膝関節より下位（遠位）の部位すべてについて欠損がある場合が該当する。

肘関節、膝関節より上位（近位）の部位から欠損がある場合については、肘関節、膝関節より下位（遠位）の部位すべてについても欠損があることから「その他（四肢の欠損）」を選択する。

ただし、肘関節、膝関節より下位（遠位）であっても、手指や足趾のみの欠損については、「麻痺等の有無」や「拘縮の有無」において、「その他（四肢の欠損）」は選択しないものとする。

手指や足趾の欠損により、介助を要する場合については、主に介助の方法（主に第2群）の調査項目において一次判定に反映することとしている。また、実際に介助はされていないものの、日常生活上の支障になっている場合は、特記事項に記載の上、介護の手間と考えられるかどうか、審査会における二次判定で評価するものとする。

問 1 2

2-10「上衣の着脱」・2-11「ズボンの着脱」については、認定調査員テキスト P95 及び P98 の(3)調査上の留意点及び特記事項の記載例において、「腕(脚)や体幹等を動かす等の協力動作を行うかどうかは問わない」(選択肢の選択に影響を及ぼさない)としているが、認定調査員テキスト P96 の特記事項の例にあるような、「介護者が上着を構えると、自ら袖に腕を通す」行為についても、同様に、行うかどうかは問わないと考えてもよいか。

(答) 認定調査員テキスト P95～P100 参照

首や体幹を揺り動かすなどの行為と「自ら袖に腕を通す」行為については、同様に扱うべきではない。

服を体にあてがう行為や袖通しなど一連の行為すべてが介助者によって行なわれていれば、首や体幹を揺り動かすなどの行為(協力動作)は、介助者の介助の方法や負担に大きな影響を与えていないことから、選択肢の選択には影響を及ぼさないと判断し、一連の行為全体に対してすべて介助されていると考え、「4. 全介助」を選択する。

一方、「自ら袖に腕を通す」とは、服を持って構えていれば袖を自分で通すような状況が想定されるため、服を構える介助は行われているものの、袖通しは自ら行っているために、一連の行為のすべてが介助されているのではなく、一部に介助があると判断し、「3. 一部介助」を選択する。

介助に該当するかどうかの判断が難しい場合は、選択した理由を特記事項に記載する。

〈審査会における対応〉

特記事項または主治医意見書の内容等を根拠として、一次判定修正・確定の手順において、認定調査員の選択を修正することができる。

問 1 3

特記事項には、定義に定められている内容以外の情報について記載してはいけないのか。

(答) 認定調査員テキスト P10 参照

選択肢の選択基準に含まれていないことであっても、その方の介護の手間に関する内容であれば、特記事項に記載することができ、その内容が審査会における二次判定で評価されるものである。

事務連絡
平成21年7月29日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）
要介護認定担当者 殿

厚生労働省老健局老人保健課

要介護認定の見直しに係る検証・検討会における検討結果について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
昨日、「第3回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」が開催され、「要介護認定方法の見直しに係る検証を踏まえた見直しについて」が別添のとおり取りまとめられたところです。

当該とりまとめ内容を踏まえ、今後、市町村等にもご相談しながら可能な限り早急に修正された認定調査員テキストをお示しするとともに今後のスケジュールについてお知らせすることとしておりますのでご承知願います。

なお、昨日の「第3回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」の概要を添付しておりますので参考としてください。

要介護認定方法の見直しに係る検証を踏まえた見直しについて

- 介護サービスを受けるには要介護認定を受けることが必要であり、要介護認定は介護サービスを受けるための「入り口」である。このため、要介護認定の信頼性が、国民の介護保険制度に対する信頼に大きな影響を及ぼす。
- 要介護認定は、利用者・事業者・保険者のバランスをとりつつ、公正かつ的確に行われることが重要である。今回の要介護認定の見直しにおいて、要介護認定のバラツキを是正し、最新の介護の手間を反映させるという目的自体は理解できるし、認定調査における評価の評価軸が3つになったことも重要である。
- 一方、今回の見直しは、利用者・市町村の双方にとって大きな見直しであったにもかかわらず、事前の検証や周知が十分に行われたとは言いがたく、結果として現場の大きな混乱を招いた。この点、厚生労働省に対し、猛省を促したい。
- ただし、今回の見直し内容に係る検証は、見直しの導入に際しての厚生労働省の勝手際に対する批判とは切り離して、データに基づき客観的に行うべきである。
- 今回の見直しの結果、認定調査項目の選択肢に係る自治体間のバラツキが減少する傾向にあることは重要な変化と考える。
- 他方、要介護度別の分布については、今回の見直し後も中・重度者の割合に大きな変化はないが、非該当者及び軽度者の割合は増加した。また、こうした変化は、在宅や新規の申請者に多く見られている。この変化をどうとらえ、どのような対応を行うかが問われている。
- 検証・検討会としては、要介護度別分布のシミュレーションや市町村における試行結果を踏まえ、今回の見直しにより自治体間のバラツキが拡大した認定調査項目、市町村から質問・意見が多く寄せられている項目を中心に、認定調査員テキストを別紙のとおり修正すべきと考える。
こうした措置により、今回の見直しに係る懸念・不安については、概ね対応ができるのではないかと考えるが、本検証・検討会としては、厚生労働省に対し、上記見直し後の要介護認定の実施状況について、本検証・検討会に報告するよう求める。
- さらに、経過措置については、利用者の不安に対応するという趣旨は理解するが、市町村に大きな負担を課すとともに、要介護認定の趣旨にそぐわないものであり、上記の見直しと同時に終了させるべきである。
- 上記の見直しに際しては、十分な準備期間を確保し、市町村への情報提供や調査員に対する研修を着実にを行うとともに、厚生労働省の責任において修正の考え方や内容を自治体等に十分に周知すること等により、再度の混乱を招くことがないように配慮すべきである。
- 検証・検討会としては、厚生労働省に対し、今後、要介護認定方法の見直しの際は、利用者や市町村の立場に立って、十分に時間をかけて事前の検証や周知を行うことを求めたい。
また、将来的には、ケアマネジメントも含め、利用者に必要なサービスが公平に提供される仕組みについて、広く関係者の意見も聞いた上で、要介護認定がこうした仕組みに資するよう引き続き検討を行うよう求めたい。

老発 0930 第 4 号
平成 21 年 9 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

要介護認定等の方法の見直しに伴う経過措置の廃止について

要介護認定等の方法の見直しに伴う経過措置については、「要介護認定等の方法の見直しに伴う経過措置について」（平成 21 年 4 月 17 日老発 0417001 号厚生労働省老健局長通知。以下「平成 21 年 4 月老発 0417001 号通知」という。）において、平成 21 年 4 月 17 日から実施しているところである。

本年 4 月からの要介護認定等の方法の見直しについては、「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」において検証を行い、その結果、要介護認定等の方法を見直すこととされたところである。

これらを踏まえ、今般要介護認定等の方法を見直したことに伴い、平成 21 年 4 月老発 0417001 号通知は、平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

なお、平成 21 年 9 月 30 日以前に申請が行われ、平成 21 年 4 月老発 0417001 号通知の経過措置による要介護認定等がなされた場合、当該要介護認定等の有効期間が終了するまでの間、その効力を有する。

老発 0930 第 5 号
平成 21 年 9 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

要介護認定等の実施について

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331005 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取り扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、要介護認定等の具体的な実施及び運用方法等の取扱いについては、以下によることとし、本年 10 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

記

1 要介護認定等に係る申請

(1) 要介護認定（要支援認定）の新規申請及び更新申請

要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）を受けようとする被保険者は、別添 1-1 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村（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。）に申請を行うものとする。ただし、当該被保険者が介護保険法施行規則（平成 11 年厚生労働省令第 36 号。以下「規則」という。）第 26 条第 1 項の規定により被保険者証の交付を受けた第二号被保険者以外の第二号被保険者（以下「被保険者証未交付第二号被保険者」という。）であるときは、当該申請書に被保険者証を添付することは要しない。要介護更新認定又は要支援更新認定を受けようとする場合も同様とする。

(2) 要介護認定（要支援認定）区分変更申請

要介護状態区分又は要支援状態区分の変更の認定を受けようとする被保険者は、別添 1-2 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(3) サービスの種類指定の変更申請

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号。以下「法」という。）第 37 条第 1 項の規定に基づき介護給付等対象サービスの種類の指定を受けた被保険者が当該指定に係る居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの種類の変更の申請を行う場合は、別添 1-3 に示す申請書に被保険者証を添付して市町村に申請を行うものとする。

(4) その他

(1) から (3) に係る申請について、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す様式と異なる様式を使用することは差し支えないが、規則の各条に規定する申請書への記載事項に加え、別添 1-1、1-2 及び 1-3 に示す事項を含むものとする。

2 要介護認定に係る調査の実施者

(1) 市町村職員による認定調査

要介護認定に係る調査（以下「認定調査」という。）のうち、新規の要介護認定申請に係る認定調査については、市町村職員が実施する。

(2) 指定市町村事務受託法人への委託

市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。

(3) 指定居宅介護支援事業者等への委託

市町村は、新規の要介護認定に係る認定調査を除き、認定調査を指定居宅介護支援事業者、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設若しくは地域

包括支援センター（以下「指定居宅介護支援事業者等」という。）又は介護支援専門員であって規則第40条第5項の要件を満たすものに委託することができる。

（4）認定調査員

市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知（「認定調査員等研修事業の実施について」（平成20年6月4日老発第0604001号）により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修（認定調査員研修）を修了した者（以下「認定調査員」という。）が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2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。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。

3 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（当該調査対象者の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、別途老人保健課長名で通知する「主治医意見書記入の手引き」に従って、別添3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。

4 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き、本職通知（「介護認定審査会の運営について」（平成21年9月30日老発0930第6号））に規定する方法により審査判定を行う。

5 住所移転後の要介護認定の取扱い

法第36条に規定する、要介護認定に係る事項を証明する書面の様式は別添4の通りとする。

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																							
險	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										要支援状態区分 1 2													
		有効期限 平成 年 月 日から 平成 年 月 日																							
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) 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														医療保険被保険者証 記号番号								
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、介護認定調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	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2															
		有効期限	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日														
者	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)																					
	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															医療保険被保険者証 記号番号							
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は必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調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	〒																	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	要支援状態区分	1	2	有効期限	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消徐を求める旨																									
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																							

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回目以降 (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
対象者氏名					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）

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他（四肢の欠損）

1-2 拘縮の有無について、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. ない 2. 肩関節 3. 股関節 4. 膝関節 5. その他（四肢の欠損）

1-3 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。

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

1-4 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。

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

1-5 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。

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

1-6 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。

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

1-7 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。

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

1-8 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。

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

1-9 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。

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

1-10 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。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない

1-11 つめ切りについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

1-12 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。

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

1-13 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。

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. ほとんど聞こえない
5. 聞こえているのか判断不能

2-1 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。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-2 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。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-3 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。

- | | | |
|--------|---------|---------|
| 1. できる | 2. 見守り等 | 3. できない |
|--------|---------|---------|

2-4 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。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-5 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。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-6 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。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

2-7 口腔清潔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | |
|-------------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 一部介助 | 3. 全介助 |
|-------------|---------|--------|

2-8 洗顔について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-9 整髪について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

2-10 上衣の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-11 ズボン等の着脱について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 介助されていない

2. 見守り等

3. 一部介助

4. 全介助

2-12 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

3-1 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。

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

3-2 毎日の日課を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください

1. できる

2. できない

3-3 生年月日や年齢を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）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. できる

2. できない

3-5 自分の名前を言うことについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-6 今の季節を理解することについて、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. できる

2. できない

3-7 場所の理解（自分がいる場所を答える）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. できる

2. できない

3-8 徘徊について、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. ときどきある

3. ある

3-9 外出すると戻れないことについて、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. ときどきある

3. ある

4-1 物を盗られたなどと被害的になることについて、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. ときどきある

3. ある

4-2 作話をする事について、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. ときどきある

3. ある

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることについて、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. ときどきある

3. ある

4-4 昼夜の逆転について、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. ときどきある

3. ある

4-5 しつこく同じ話をすることについて、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. ときどきある

3. ある

4-6 大声を出すことについて、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. ときどきある

3. ある

4-7 介護に抵抗することについて、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. ときどきある

3. ある

4-8 「家に帰る」等と言いつち落ち着きがないことについて、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. ときどきある

3. ある

4-9 一人で外に出たがり目が離せないことについて、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. ときどきある

3. ある

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくることについて、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. ときどきある

3. ある

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりすることについて、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. ときどきある

3. ある

4-12 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。

1. ない

2. ときどきある

3. ある

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをすることについて、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. ときどきある

3. ある

4-14 自分勝手に行動することについて、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. ときどきある

3. ある

4-15 話がまとまらず、会話にならないことについて、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. ときどきある

3. ある

5-1 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。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-2 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。

1. 介助されていない

2. 一部介助

3. 全介助

5-3 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。

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

5-4 集団への不適應について、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. ときどきある | 3. ある |
|-------|-----------|-------|

5-5 買い物について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

5-6 簡単な調理について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

- | | | | |
|-------------|---------|---------|--------|
| 1. 介助されていない | 2. 見守り等 | 3. 一部介助 | 4. 全介助 |
|-------------|---------|---------|--------|

6 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)

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		
	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)			

7 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

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作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 拘縮の有無, 1-3 寝返り, 1-4 起き上がり, 1-5 座位保持, 1-6 両足での立位, 1-7 歩行, 1-8 立ち上がり, 1-9 片足での立位, 1-10 洗身, 1-11 つめ切り, 1-12 視力, 1-13 聴力

()

()

()

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

2-1 移乗, 2-2 移動, 2-3 えん下, 2-4 食事摂取, 2-5 排尿, 2-6 排便, 2-7 口腔清潔, 2-8 洗顔, 2-9 整髪, 2-10 上衣の着脱, 2-11 ズボン等の着脱, 2-12 外出頻度

()

()

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

3-1 意思の伝達, 3-2 毎日の日課を理解, 3-3 生年月日を言う, 3-4 短期記憶, 3-5 自分の名前を言う, 3-6 今の季節を理解, 3-7 場所の理解, 3-8 徘徊, 3-9 外出して戻れない

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

4-1 被害的, 4-2 作話, 4-3 感情が不安定, 4-4 昼夜逆転, 4-5 同じ話をする, 4-6 大声を出す, 4-7 介護に抵抗, 4-8 落ち着きなし, 4-9 一人で出たがる, 4-10 収集癖, 4-11 物や衣類を壊す, 4-12 ひどい物忘れ, 4-13 独り言・独り笑い, 4-14 自分勝手に行動する, 4-15 話がまとまらない

()

()

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

5-1 薬の内服, 5-2 金銭の管理, 5-3 日常の意思決定, 5-4 集団への不適応, 5-5 買い物, 5-6 簡単な調理

()

()

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

()

()

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

7-1 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）, 7-2 認知症高齢者の日常生活自立度

()

()

()

()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

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 同意する。 同意しない。
 医師氏名 _____
 医療機関名 _____ 電話 () _____
 医療機関所在地 _____ FAX ;/la () _____

(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"/> いづれも困難 <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"/> いづれも困難 <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: _____ 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 □看護職員による相談・支援 □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。)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<input type="text"/>							
	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 <input type="text"/></p> <p>〇 〇 市（町 村） 長 <input type="text"/> 公 印</p>									
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									

裏面に注意事項を記入

老老発 0930 第 2 号

平成 21 年 9 月 30 日

各

都 道 府 県
指 定 都 市

 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長

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「特定疾病にかかる診断基準」について

認定調査等の実施については「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成 21 年 3 月 31 日老老発第 0331001 号厚生労働省老健局老人保健課長通知。以下「課長通知」という。）に基づき実施しているところである。

今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い「認定調査票記入の手引き」（別添 1）、「主治医意見書記入の手引き」（別添 2）及び「特定疾病にかかる診断基準」（別添 3）を定め、平成 21 年 10 月 1 日から適用することとしたので通知する。

なお、本通知の施行に伴い、課長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

認定調査票記入の手引き

I 認定調査票の概要

- 1 認定調査票の構成
- 2 認定調査票（概況調査）の構成
- 3 認定調査票（基本調査）の構成
- 4 認定調査票（特記事項）の構成

II 調査方法全般についての留意点

- 1 調査員による認定調査について

III 認定調査票の記入方法

- 1 認定調査票（概況調査）の記入要綱
- 2 認定調査票（基本調査及び特記事項）の記入要綱

I 認定調査票の概要

1 認定調査票の構成

認定調査票は、以下の三点から構成されている。

- ・ 認定調査票（概況調査）
- ・ 認定調査票（基本調査）
- ・ 認定調査票（特記事項）

2 認定調査票（概況調査）の構成

認定調査票（概況調査）は、以下の項目から構成されている。

- I 調査実施者（記入者）
- II 調査対象者
- III 現在受けているサービスの状況（在宅利用・施設利用）
- IV 置かれている環境等（調査対象者の家族状況、住宅環境等）

3 認定調査票（基本調査）の構成

認定調査票（基本調査）は、以下の7群から構成されている。

1) 身体機能・起居動作に関連する項目

「1-1 麻痺等の有無」, 「1-2 拘縮の有無」, 「1-3 寝返り」, 「1-4 起き上がり」, 「1-5 座位保持」, 「1-6 両足での立位」, 「1-7 歩行」, 「1-8 立ち上がり」, 「1-9 片足での立位」, 「1-10 洗身」, 「1-11 つめ切り」, 「1-12 視力」, 「1-13 聴力」

2) 生活機能に関連する項目

「2-1 移乗」, 「2-2 移動」, 「2-3 えん下」, 「2-4 食事摂取」, 「2-5 排尿」, 「2-6 排便」, 「2-7 口腔清潔」, 「2-8 洗顔」, 「2-9 整髪」, 「2-10 上衣の着脱」, 「2-11 ズボン等の着脱」, 「2-12 外出頻度」

3) 認知機能に関連する項目

「3-1 意思の伝達」, 「3-2 毎日の日課を理解」, 「3-3 生年月日を言う」, 「3-4 短期記憶」, 「3-5 自分の名前を言う」, 「3-6 今の季節を理解」, 「3-7 場所の理解」, 「3-8 徘徊」, 「3-9 外出して戻れない」

4) 精神・行動障害に関連する項目

「4-1 被害的」, 「4-2 作話」, 「4-3 感情が不安定」, 「4-4 昼夜逆転」, 「4-5 同じ話をする」, 「4-6 大声を出す」, 「4-7 介護に抵抗」, 「4-8 落ち着きなし」, 「4-9 一人で出たがる」, 「4-10 収集癖」, 「4-11 物や衣類を壊す」, 「4-12 ひどい物忘れ」, 「4-13 独り言・独り笑い」, 「4-14 自分勝手に行動する」, 「4-15 話がまとまらない」

5) 社会生活への適応に関連する項目

「5-1 薬の内服」, 「5-2 金銭の管理」, 「5-3 日常の意思決定」, 「5-4 集団への不適応」, 「5-5 買い物」, 「5-6 簡単な調理」

6) 特別な医療に関連する項目

7) 日常生活自立度に関連する項目

4 認定調査票（特記事項）の構成

各々の項目についての特記事項は、上記の分類により1～7の各記載欄に記載する。この際、基本調査番号をあわせて（ ）内に記載する。

II 調査方法全般についての留意点

1 認定調査員による認定調査について

1) 調査実施全般

原則として、一名の調査対象者につき、一名の認定調査員が一回で認定調査を終了することとしているが、一回目の認定調査の際に、調査対象者が急病等によってその状況が一時的に変化している場合等で、適切な認定調査が行えないと判断した時には、その場では認定調査は行わず、状況が安定した後再度調査日を設定し認定調査を行う。

また、入院後間もない等、調査対象者の心身の状態が安定するまでに相当期間を要すると思われる、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、必要に応じ、申請者に対して、一旦申請を取り下げ、状態が安定してから再度申請を行うよう説明する。

一回目の認定調査の際に、異なる認定調査員による再調査が不可欠と判断した時に限り、二回目の認定調査を行う。なお、認定調査を二回行った場合でも認定調査票は一式のみとし、主に調査を行った者を筆頭として調査実施者欄に記載する。

2) 調査日時の調整

認定調査員は、あらかじめ調査対象者や家族等、実際の介護者と調査実施日時を調整した上で認定調査を実施する。認定調査の依頼があった場合には出来るだけ早い時期に調査を行い、調査終了後は速やかに所定の書類を作成する。

要介護認定は申請から 30 日以内に行われる必要があり、認定調査の遅れにより、審査判定に支障が生じることがないように努める。

家族等の介護者がいる在宅の調査対象者については、介護者が不在の日は避けるようにする。(やむを得ず介護者不在で調査を行った場合は、特記事項に記載する。)

3) 調査場所の調整

認定調査員は、事前に調査対象者や介護者と調査実施場所を調整した上で認定調査を実施する。認定調査の実施場所については、原則として日頃の状況を把握できる場所とする。

申請書に記載された住所が、必ずしも本人の生活の場とは限らず、記載された住所に居住していない場合等があるため、事前の確認が必要となる。病院や施設等で認定調査を実施する場合は、調査対象者の病室や居室等、通常過ごしている場所を確認し、病院や施設等と調整した上でプライバシーに配慮して実施する。

4) 調査時の携行物品

認定調査員は、調査対象者を訪問する際には、介護支援専門員証等、調査員である身分を証する物を携行し、訪問時に提示する。また、調査項目の「1-12 視力」確認するための視力確認表を持参する。

5) 調査実施上の留意点

認定調査の実施にあたり、調査目的の説明を必ず行う。

基本的には、「目に見える」、「確認し得る」という事実によって、調査を行うことを原則とする。

できるだけ、調査対象者本人、介護者双方から聞き取りを行うように努める。必要に応じて、調査対象者、介護者双方から聞き取りを行うよう努める。必要に応じて、調査対象者、介護者から個別に聞き取る時間を設けるように工夫する。

独居者や施設入所者等についても、可能な限り家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している者に立ち会いを求め、できるだけ正確な調査を行うよう努める。

調査対象者の心身の状況については、個別性があることから、例えば、視力障害、聴覚障

害等や疾病の特性（スモンなど）等に配慮しつつ、選択基準に基づき調査を行う。

6) 質問方法や順番等

声の聞こえやすさなどに配慮して、調査場所を工夫する。

調査対象者がリラックスして回答できるよう十分時間をかける。

優しく問いかけるなど、相手に緊張感を与えないよう留意する。

丁寧な言葉遣いや、聞き取りやすいように明瞭な発音に心がけ、専門用語や略語を使用しない。

調査項目の順番にこだわらず、調査対象者が答えやすい質問の導入や方法を工夫する。

会話だけでなく、手話や筆談、直接触れる等の方法も必要に応じて用いる。しかし、この際に調査対象者や介護者に不愉快な思いを抱かせないように留意する。

調査対象者や介護者が適切な回答ができるように、調査項目の内容をわかりやすく具体的に質問の仕方を工夫する。

調査対象者の状況を実際に確認できるよう面接方法を工夫するなどしても、認定調査に応じない場合は、市町村の担当者に相談をする。

調査対象者が正当な理由なしに、認定調査に応じない場合は、申請が却下となることがある。

7) 調査項目の確認方法

危険がないと考えられれば、調査対象者本人に実際に行う行為を行ってもらおう等、調査者が調査時に確認を行う。対象者のそばに位置し、安全に実施してもらえよう配慮する。危険が伴うと考えられる場合は、決して無理に試みない。

実際に行う行為を行ってもらえなかった場合や、日常の状況と異なると考えられる場合については、選択をした根拠と、より頻回に見られる状況や日頃の状況について、具体的な内容を「特記事項」に必ず記載する。調査項目に該当する介助についての状況が特記事項に記載されていない場合には、再調査を依頼する必要があることに留意する。

8) 調査結果の確認

認定調査員は調査対象者や介護者に、認定調査の結果で不明な点や選択に迷う点があれば再度確認する。それにより、調査内容の信頼性を確保するとともに、意思疎通がうまくいかなかったための誤りを修正することができる。

認定調査員は「特記事項」を記入するときは、基本調査と特記事項の記載内容に矛盾がないか確認し、審査判定に必要な情報を簡潔明瞭に記載するよう留意する。

9) 主治医意見書との関係

認定調査の調査項目と主治医意見書の記載内容とでは選択基準が異なるものもあるため、類似の設問であっても、両者の結果が一致しないこともありえる。したがって、両者の単純な差異のみを理由に介護認定審査会で一次判定の修正が行われることはない。

認定調査の調査項目の選択は、あくまで、後述の「Ⅲ 認定調査票の記入方法」の「2 認定調査票（基本調査及び特記事項）の記入要綱」の各調査項目の定義等に基づいた選択を行うことが必要となる。

また、主治医意見書と認定調査の選択根拠が異なることにより、申請者の状況を多角的に見ることが可能になるという利点がある。

Ⅲ 認定調査票の記入方法

1 認定調査票（概況調査）の記入要綱

1) 記入方法

(1) 記入者

調査票右上部の保険者番号、被保険者番号については介護認定審査会事務局があらかじめ記入し、その他の内容は当該調査対象者に認定調査を行う認定調査員が記入する。

(2) 記入方法

認定調査票（概況調査）への記入は、原則としてインク又はボールペンを使用する。パーソナルコンピュータ、ゴム印等を使用することは差し支えない。

文字の修正、削除等の際には、修正液等を使用せず、必要な部分に線を引き、修正又は削除を行う。

2) 事務局による事前の記入事項

(1) 保険者番号

当該市町村の保険者番号を記入する。

(2) 被保険者番号

当該申請者の被保険者番号を記入する。

3) 認定調査員による記入事項

(1) 認定調査員（記入者）（Ⅰ）

実施日時、認定調査員氏名、所属機関等を記入する。認定調査の実施場所については、自宅内又は自宅外に○印をつけ、自宅外に○印をつけた場合は、場所名を記入する。

(2) 調査対象者（Ⅱ）

・過去の認定

該当するものに○印をつけ、二回目以降の認定申請である場合には、前回認定年月日を記入する。

・前回認定結果

二回目以降の認定申請である場合に、前回認定結果について該当するものに○印をつけ、要介護（支援）の場合には要介護（支援）状態区分についてあてはまる数字を（ ）内に記入する。

・調査対象者氏名

調査対象者の氏名を記入し、ふりがなをふる。

・性別

該当するものに○印をつける。

・生年月日

該当する元号に○印をつけ、生年月日及び年齢を記入する。

・現住所

居住地（自宅）の住所を記入する。なお、病院・施設等の入院・入所者は、病院・施設等の住所と電話番号を記入する。

・家族等連絡先

連絡先には、緊急時の連絡先となる家族等の氏名、調査対象者との関係、住所及び電話番号を記入する。

4) 現在受けているサービスの状況について（Ⅲ）

(1) 在宅利用の場合

在宅サービスを利用している場合は、該当する事項の口欄にV印をつけ、サービス利用状況を記入する。「市町村特別給付」又は「介護保険給付以外の在宅サービス」を利用している場合についてはその名称を[]内に記入する。

サービス利用状況は、「住宅改修」については過去の実施の有無、「(介護予防)福祉用具貸与」については調査日時点における利用品目数を、「特定(介護予防)福祉用具販売」については過去六ヶ月に購入した品目数を、それ以外のサービスについては、当該月のサービス利用の回数を記入する。

なお、当該月の利用状況が通常の場合と異なる場合は、認定調査を行った日の直近の月のサービス利用状況を記入する。

(2) 施設利用の場合

施設・病院に入所(院)している場合は、該当する施設の口欄にV印をつけ、施設(病院)名、住所及び電話番号を記入する。

5) 置かれている環境等(IV)

調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境、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する。置かれている状況等は、介護認定審査会資料にて情報提供されることがある。

ただし、置かれている環境等を根拠に二次判定での変更を行うことは認められておらず、あくまで参考の情報として扱う。

Ⅲ 認定調査票の記入方法

2 認定調査票(基本調査及び特記事項)の記入要綱

認定調査票記入方法

1) 基本調査の記入方法

調査項目には、①能力を確認して判定する（以下「能力」という）、②生活を営む上で他者からどのような介助が提供されているか（介助の方法）（以下「介助の方法」という）、あるいは、③障害や現象（行動）の有無（以下「有無」という）を確認して判定するというように、判定の基準が3軸ある。調査項目のうち、「寝返り」、「起き上がり」、「座位保持」、「両足での立位」、「歩行」、「立ち上がり」、「片足での立位」、「視力」、「聴力」、「えん下」、「意思の伝達」、「毎日の日課を理解」、「生年月日をいう」、「短期記憶」、「自分の名前をいう」、「今の季節を理解」、「場所の理解」、「日常の意思決定」の項目を「能力」に関する項目に、「洗身」、「つめ切り」、「移乗」、「移動」、「食事摂取」、「排尿」、「排便」、「口腔清潔」、「洗顔」、「整髪」、「上衣の着脱」、「ズボン等の着脱」、「薬の内服」、「金銭の管理」、「買い物」、「簡単な調理」の項目を「介助の方法」に関する項目に、それ以外の項目を「障害や現象（行動）の有無」の項目に分類した。このうち、「有無」の項目には「麻痺等・拘縮」を評価する項目と「BPSD 関連」などを評価する項目がある。第4群の「精神・行動障害」のすべての項目及び、第3群の「3-8 徘徊」「3-9 外出すると戻れない」、第5群の「5-4 集団への不適応」を総称して「BPSD 関連」として整理する。BPSDとは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略で、認知症に伴う行動・心理状態を意味する。

調査項目は、第4群のように、行動の有無という単一の判定の軸で評価できる群がある一方、「能力」、「介助の方法」、「有無」という3軸のすべての評価基準が混在している群もある。認定調査員には、調査項目によって異なる選択基準で混乱せずに選択する能力が求められている。

更に、これらの調査項目が高齢者の生活に、どのような影響を与えているかを体系的に理解できるように、①ADL（生活機能）・起居動作、②認知機能、③行動、④社会生活、⑤医療という分類を行い、この調査項目が何を意味しているかを把握することを容易にした。

認定調査票の「基本調査」の選択肢の選択について、「能力」に関する項目や「有無（麻痺等・拘縮）」は、危険がないと考えられれば調査対象者本人に実際に行う行為を行ってもらおう等、認定調査員が調査時に確認を行うことを原則とする。しかし、体調不良等、何らかの理由により実際に行う行為を行ってもらえなかった場合や、調査時の環境が日頃の環境と異なったり、調査対象者の緊張等により日頃の状況と異なっていると考えられる場合、時間や状況によって、できたり、できなかったりする場合は、より頻回に見られる状況や日頃の状況について聞き取りを行い、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づいて選択する。また選択をした根拠について具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「介助の方法」の項目については、原則として実際に介助が行われているかどうかで選択するが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とであると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

「能力」や「介助の方法」については、日常的に自助具、補装具等の器具・器械を使用している場合で、使用していることにより機能が補完されていれば、その状態が本来の身体状況であると考え、その使用している状況において選択する。

「有無（BPSD関連）」の項目は、一定期間（調査日より概ね過去1か月間）の状況において、それらの行動がどの程度発生しているのかについて、頻度に基づき選択する。また、基本調査項目の中には該当する項目が存在しないものの、類似の行動またはその他の精神・行動障害などにより具体的な「介護の手間」が生じていることが聞き取りにより確認された場合は、類似または関連する項目の特記事項に、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載し、介護認定審査会の二次判定（介護の手間にかかる審査判定）の判断を仰ぐことができる。

2) 特記事項の記入方法

「特記事項」は、基本調査項目（群）の分類に基づき構成されており、その基本調査項目（群）の分類ごとに基本調査項目番号を括弧に記載した上で、具体的な内容を記入する。

「特記事項」を記入する場合は、基本調査と特記事項の記載内容に矛盾がないか確認し、審査判定に必要な情報が提供できるよう、簡潔明瞭に記載するよう留意する。

介護認定審査会において、特記事項は、「基本調査（選択根拠）の確認」と介護の手間という二つの視点から活用されるが、それぞれの目的を果たすため、「選択根拠」、「手間」、「頻度」の三点に留意しつつ、特記事項を記載する。

また、記載する内容が選択肢の選択基準に含まれていないことであっても、介護の手間に関係する内容であれば、特記事項に記載することができる。その内容が介護認定審査会における二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で評価されることになる。

(1) 基本調査の確認（一次判定の修正）

基本調査の選択においては、認定調査員が、誤って選択している場合や、より頻回な状況を選択する場合、特殊な状況などで複数通りの解釈があてはまる場合も例外的に存在する。「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって明らかに「不適切」であったとされる場合の選択においても、介護認定審査会において慎重な判断が必要となる。

一次判定の修正・確定において、特に、こうした場合を介護認定審査会が判断するうえで、申請者の状況を示す特記事項は、重要な役割を果たす。たとえば「見守り」と「一部介助」で迷った場合は、特記事項の内容から介護認定審査会が基本調査での選択の妥当性について検討する場合などが想定される。申請者の実態と、基本調査の定義に多少でも乖離がある場合は、具体的な状況と認定調査員の選択根拠を明示する。

(2) 介護の手間の判断

介護認定審査会では、介護において特別な手間が発生しているかどうかを議論する場合、例えば、「ひどい物忘れによって、認知症のさまざまな周辺症状がある」という行動があるという情報だけでは行わない。こういう情報に加えて、「認知症によって、排泄行為を適切に理解することができないため、家族が常に、排泄時に付き添い、あらゆる介助を行わなければならない」といった具体的な対応としての「手間」の記述があり、その多少が示されてはじめて、特別な手間かどうかを判断する根拠が与えられるということが理解される必要がある。

適正な審査判定には、介護の手間の増加や減少の根拠となる特記事項や主治医意見書の記述が介護認定審査会資料として記載され、残されていることが必要であり、また介護認定審査会委員は、二次判定に際して、介護の手間が根拠となったことを明示することが必須となる。

介護の手間の判断は、単に「一部介助」であるか、「全介助」であるかといった択一的な選択だけで行われるものではない。「一部介助」「全介助」といった内容は、一般的に一次判定ですでに加味されているものであることから、二次判定の介護の手間の多少に関する議論では、一次判定では加味されていない具体的な介護の手間が重視される。また、介護の手間は「量」として検討されるため、実際に行われている介助や対応などの介護の手間がどの程度発生しているのかという「頻度」に関する情報は、介護の手間と併せて参照す

ることで、介護の全体量を理解することが可能となることから、介護認定審査会にとって重要な情報となる。「ときどき」「頻繁に」のように、人によって捉える量が一定でない言葉を用いることは、平準化の観点からは望ましくない。平均的な手間の出現頻度について週に2、3回というように数量を用いて具体的な頻度を記載する。

3) 能力で評価する調査項目

(1) 能力で評価する調査項目の選択基準

能力で評価する調査項目は、大きく分けて身体機能の能力を把握する調査項目（第1群に多く見られる）と認知能力を把握する調査項目（第3群）に分類される。

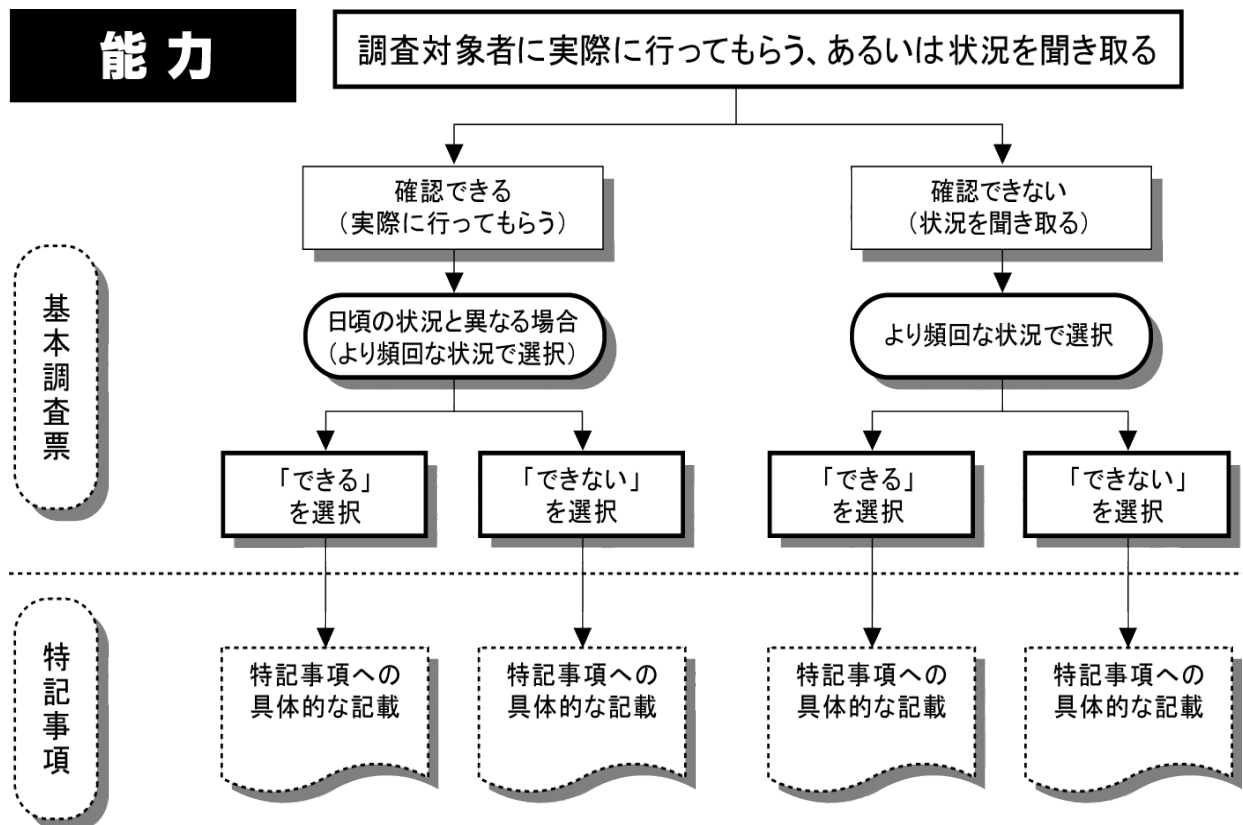
能力で評価する項目は、当該の行動等について「できる」か「できない」かを、各項目が指定する確認動作を可能な限り実際に試行して評価する項目である。ただし、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択する。

なお、認定調査員が依頼しなくても、調査対象者が確認動作と同様の行為や回答を行っていることが調査実施中に確認できれば、必ずしも実際に行ってもらう必要はない（訪問時の玄関までの出迎えによって歩行動作が確認できた場合など）。

その行為ができないことによって介助が発生しているかどうか、あるいは日常生活上の支障があるかないかは選択基準に含まれない。

18項目	能力で評価する調査項目
(1)	能力で評価する調査項目（18項目） 「1-3 寝返り」 「1-4 起き上がり」 「1-5 座位保持」 「1-6 両足での立位保持」 「1-7 歩行」 「1-8 立ち上がり」 「1-9 片足での立位」 「1-12 視力」 「1-13 聴力」 「2-3 えん下」 「3-1 意思の伝達」 「3-2 毎日の日課を理解」 「3-3 生年月日や年齢を言う」 「3-4 短期記憶」 「3-5 自分の名前を言う」 「3-6 今の季節を理解する」 「3-7 場所の理解」 「5-3 日常の意思決定」

能力



「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況との違いなど、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

(2) 特記事項の記載において特に留意すべき点

能力で評価する調査項目は、項目それ自体が直接に調査対象者の介護の手間を表すものではないが、実際の「介助の方法」（次の項目で解説）を理解するうえで有用である。

ただし、心身の機能の低下と、介護の量は必ずしも比例関係にあるわけではなく、心身の

機能が低下するほど介護量が増大するとは限らない。完全な寝たきりの状態は、残存機能がある場合よりも介護量が減少することがあるのは一例である（このような場合に主観的な判断に依らず適切な介護の手間の総量の推計のために一次判定ソフトが導入されている）。介護認定審査会資料を読む介護認定審査会の委員にとっては、能力で評価する調査項目の状況と、介助の項目の状態の整合性が取れているかどうかは検討する際の着眼点となることから、能力と介助の方法の項目との関係が不自然に感じられるような特殊な事例については、両者の関係性を丁寧に特記事項にて記録する。

また、認定調査員が調査項目の選択において「どちらの選択も妥当」と感じた場合など、判断に迷った場合は、具体的な状況と認定調査員の判断根拠を特記事項に記載し、介護認定審査会の一次判定修正・確定の手順において判断を仰ぐこともできる。

なお、何らかの能力の低下によって、実際に介護の手間をもたらしているものの、「介助の方法」の項目に適切な項目が設定されていないために、具体的な介護の手間を記載することができない場合は、能力の項目の中でもっとも類似または関連する調査項目の特記事項に、具体的な介護の手間とその頻度を記載し、介護認定審査会における二次判定（介護の手間にかかる審査判定）の判断を仰ぐこともできる。

4) 介助の方法で評価する調査項目

(1) 介助の方法で評価する調査項目の選択基準

介助の方法で評価する項目の多くは、生活機能に関する第2群と、社会生活の適応に関する第5群にみられる。これらの項目は、具体的に介助が「行われている－行われていない」の軸で選択を行うことを原則とするが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

不適切な状況にあると判断された場合は、単に「できる－できない」といった個々の行為の能力のみで評価せず、生活環境や本人の置かれている状態なども含めて、総合的に判断する。

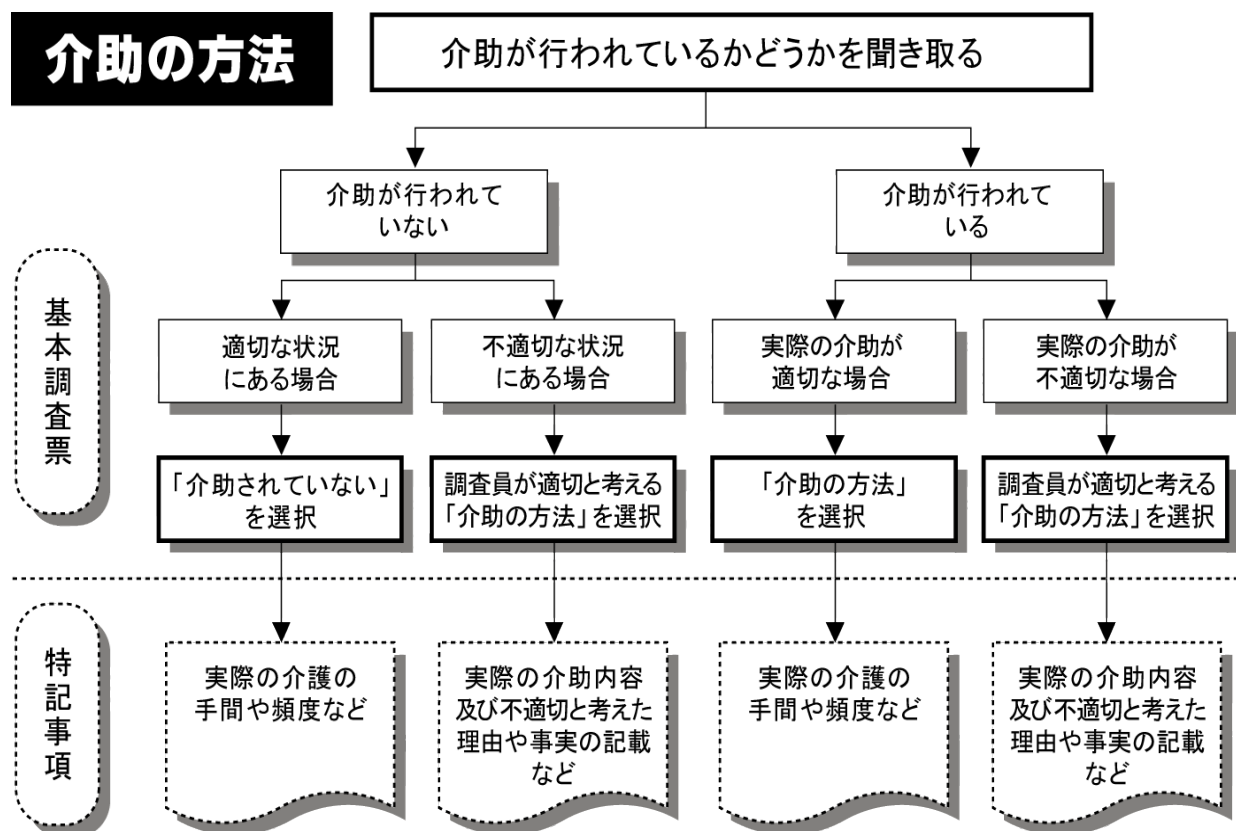
特記事項の記載にあたっては、介護認定審査会が、「介護の手間」を評価できるよう、実際に行われている介助で選択した場合は、具体的な「介護の手間」と「頻度」を、特記事項に記載する。認定調査員が適切と考える介助の方法を選択した場合は、実際に行われている介助の方法と認定調査員の選択結果が異なった理由やその実態について、介護認定審査会の委員が理解できるよう、特記事項に記載しなければならない。

また、記載する内容が選択肢の選択基準に含まれていないことであっても、介護の手間に関係する内容であれば、特記事項に記載することができる。その内容が介護認定審査会における二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で評価されることになる。

なお、「介助」の項目における「見守り等」や「一部介助」「全介助」といった選択肢は、介助の量を意味するものではなく、「介助の方法」を示すものであることから、「一部介助ほどは手間がかかってないから見守り等を選択する」といった考え方は誤りである。具体的な介助の量の多寡について特に記載すべき事項がある場合は特記事項に記載することにより、介護認定審査会の二次判定で介護の手間として判断される。

16 項目	介助の方法で評価する調査項目
(2) 介助の方法で評価する調査項目 (16 項目)	
「1-10 洗身」 「1-11 つめ切り」 「2-1 移乗」 「2-2 移動」 「2-4 食事摂取」 「2-5 排尿」 「2-6 排便」 「2-7 口腔清潔」 「2-8 洗顔」 「2-9 整髪」 「2-10 上衣の着脱」 「2-11 ズボン等の着脱」 「5-1 薬の内服」 「5-2 金銭の管理」 「5-5 買い物」 「5-6 簡単な調理」	

調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合の選択基準」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

実際の聞き取りにおいては、該当する行為（例えば排尿、洗顔など）が一定期間（調査日より概ね過去1週間）にどの程度行われているかを把握した上で、そのうち介助が行われている（または介助が行われていない）頻度がもっとも多いもので選択を行うことを原則とする。

例えば、普段は食事摂取が「1. 介助されていない」であっても、週に1、2回「4. 全介助」となる場合は、「2. 見守り」、「3. 一部介助」といった両方の中間の選択をすることは誤りとなる。また、最も重い状態で選択し「4. 全介助」とすることも誤りとなる。この場合は、最も頻度の多い「1. 介助されていない」を選択し、「4. 全介助」となる場合の具体的な内容や頻度は特記事項に記載する。

また、発生頻度の少ない行為においては、週のうちの介助のある日数で評価するのではなく、発生している行為量に対して、どれだけ頻回に介助が行われているかを評価する。たとえば、洗身において、すべて介助されているが、週3回しか入浴機会がなく、7日のうち3日ということで、4日は入浴機会がない、すなわち「1. 介助されていない」が頻回な状況であると考えるのは誤りである。この場合、週3回の行為の機会において、3回とも全介助であれば、「4. 全介助」を選択する。

排尿のように、行為そのものの発生頻度が多いものは、週の中で介助の状況が大幅に異なることがないのであれば、通常の1日の介助における昼夜の違いなどを聞き取り、頻度で評価してもかまわない。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合の選択基準」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

例えば、歩行ができない場合でも車椅子を自操している場合は、移動に関しては「1. 介助されていない」と選択し、車椅子を使用している状況を特記事項に記載する。

「「実際の介助の方法」が適切な場合」

実際の介助の状況を聞き取った上で、その介助の方法が、当該対象者にとって適切であると認定調査員が考えた場合は、実際の介助の方法に基づき選択を行い、実際の「介護の手間」の具体的な内容と、「頻度」を特記事項に記載し、介護認定審査会の判断を仰ぐ。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

(2) 特記事項の記載において特に留意すべき点

介護認定審査会では、具体的な介護の手間の多少を特記事項から評価することとなっているため、介助の方法で評価する調査項目の特記事項の記載内容は、評価上の重要なポイントとなる。介護認定審査会が適切に介助量を判断できるよう、具体的な介護の手間とその頻度を記載する。これらの特記事項の情報は、介護認定審査会の介護の手間にかかる審査判定において、通常の介助よりも手間が大きい小さいかを判断する際に活用される。

また、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、そのように判断する具体的な理由や事実を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。これらの特記事項の情報は、介護認定審査会の一次判定修正・確定の審査判定において、基本調査の選択の妥当性を審査する際に活用される。なお、適切な介助の方法を選択した場合であっても、事実や根拠が明示されていない場合は、介護認定審査会においては評価されない。

5) 有無で評価する調査項目

(1) 有無で評価する調査項目の選択基準

「有無」の項目には第1群の「麻痺等・拘縮」を評価する項目と、「BPSD 関連」を評価する項目がある。第4群の「精神・行動障害」のすべての項目及び、第3群の「3-8 徘徊」「3-9 外出すると戻れない」、第5群の「5-4 集団への不適応」を総称して「BPSD 関連」として整理する。BPSD とは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略で、認知症に伴う行動・心理状態を意味する。

なお、「2-12 外出頻度」については、「有無」の項目に該当するが、「麻痺等・拘縮」にも「BPSD 関連」にも該当しないが、「有無」の項目であり、「2-12 外出頻度」で定める選択基準に基づいて選択を行う。

21項目	有無で評価する調査項目
(3)	<p>有無で評価する調査項目（21項目）</p> <ul style="list-style-type: none"> 「1-1 麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損）」 「1-2 拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損）」 「2-12 外出頻度」 「3-8 徘徊」 「3-9 外出すると戻れない」 「4-1 物を盗られたなどと被害的になる」 「4-2 作話」 「4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」 「4-4 昼夜の逆転がある」 「4-5 しつこく同じ話をする」 「4-6 大声をだす」 「4-7 介護に抵抗する」 「4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない」 「4-9 一人で外に出たがり目が離せない」 「4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」 「4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする」 「4-12 ひどい物忘れ」 「4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする」 「4-14 自分勝手に行動する」 「4-15 話がまとまらず、会話にならない」 「5-4 集団への不応答」

(2) 麻痺等の有無・拘縮の有無

「調査対象者に対し確認動作で確認した場合」

調査対象者に対し、実際に確認動作で確認した状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に確認動作で確認した状況と、日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に対し確認動作による確認ができなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

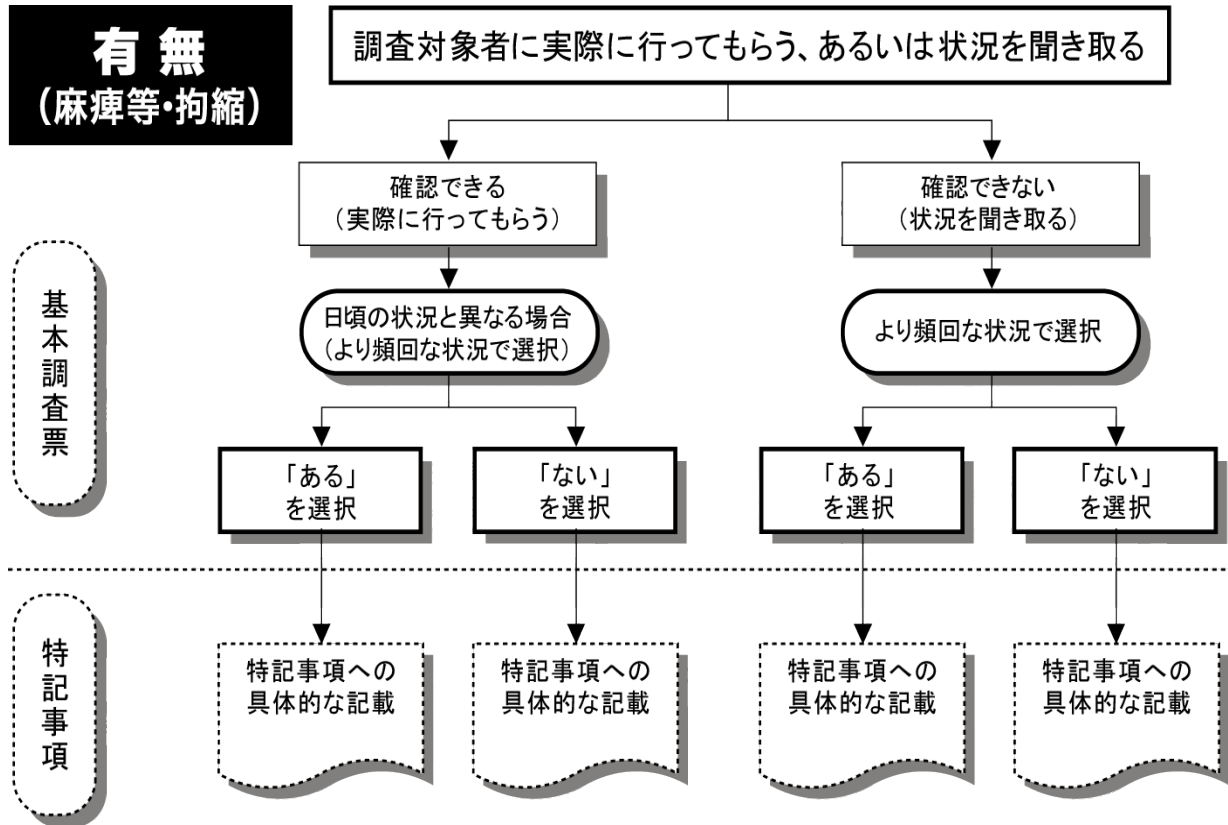
「特記事項の記載において特に留意すべき点」

認定調査員が調査項目の選択において「どちらの選択も妥当」と感じた場合など、判断に迷った場合は、具体的な状況と認定調査員の判断根拠を特記事項に記載し、介護認定審査会の一次判定 修正・確定の手順において判断を仰ぐこともできる。

また、麻痺等・拘縮によって、実際に介護の手間をもたらしているものの、「介助の方法」の項目に適切な項目が設定されていないために、具体的な介護の手間を記載することができな

い場合は、能力の項目に具体的な介護の手間とその頻度を記載し、介護認定審査会における二次判定（介護の手間にかかる審査判定）の判断を仰ぐこともできる。

調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



(3) BPSD関連の有無

「行動が発生している場合」

調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況で選択する。調査時に実際に行動が見られた場合は、その状況について特記事項に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1か月間）の状況において、それらの行動がどの程度発生しているのかについて、頻度に基づき選択する。

「行動が発生していない場合」

一定期間（調査日より概ね過去1か月間）の状況において、行動が発生していない場合は「ない」を選択する。

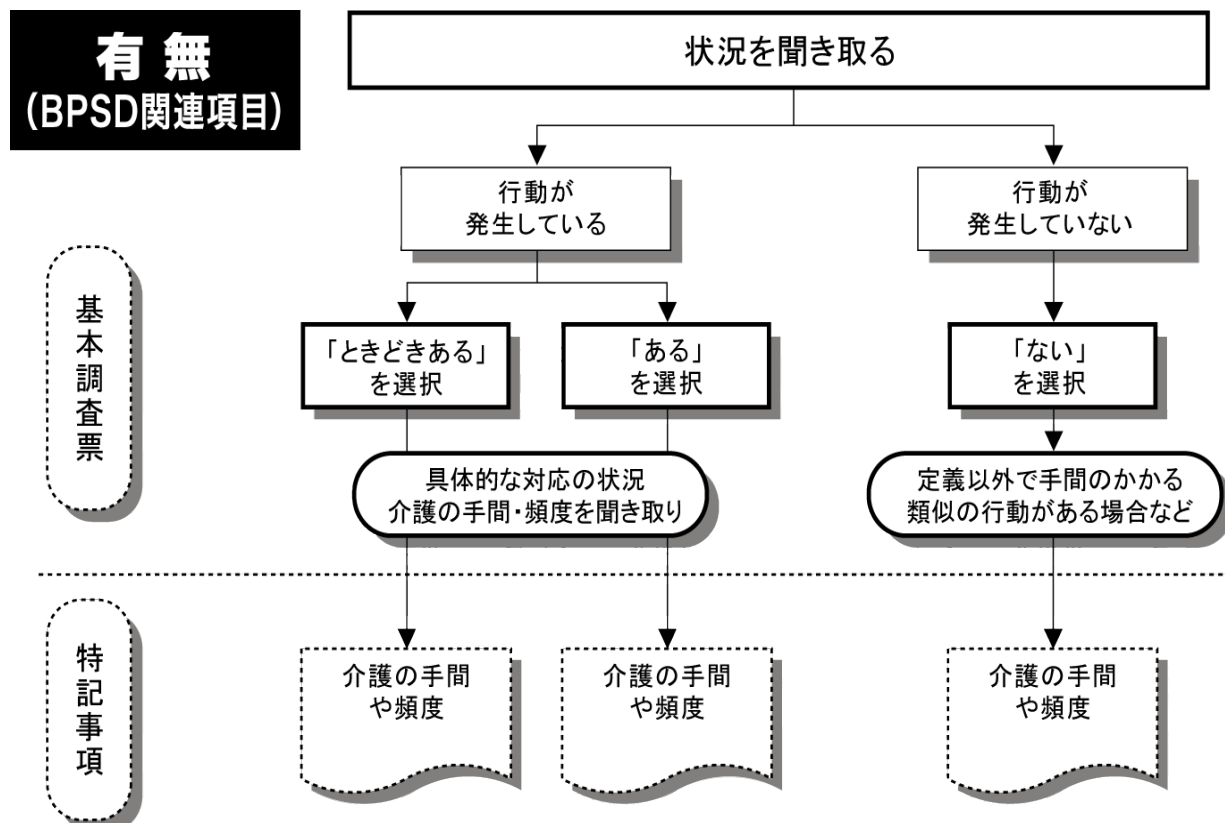
また、基本調査項目の中には該当する項目が存在しないものの類似の行動またはその他の精神・行動障害などにより具体的な「介護の手間」が生じていることが聞き取りにより確認された場合は、類似または関連する項目の特記事項に、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載し、介護認定審査会の二次判定の判断を仰ぐことができる。

「特記事項の記載において特に留意すべき点」

有無の項目（BPSD関連）は、その有無だけで介護の手間が発生しているかどうかは必ずしも判断できないため、二次判定で介護の手間を適切に評価するためには、特記事項に、それらの有無によって発生している介護の手間を、頻度もあわせて記載する必要がある。また介護者が

特に対応をとっていない場合などについても特記事項に記載する。

調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



- ※ 「4-12 ひどい物忘れ」については、何らかの行動が発生していない場合でも「周囲の者が何らかの行動をとらなければならないような状況（火の不始末など）」が発生している場合は、「行動が発生している」として評価する。
- ※ 「2-12外出頻度」については、「麻痺等・拘縮」にも「BPSD関連」にも該当しないが、「有無」の項目であり、「2-12外出頻度」で定める選択基準に基づいて選択を行う。

1-1 麻痺等の有無

1. ない 2. 左上肢 3. 右上肢 4. 左下肢 5. 右下肢 6. その他（四肢の欠損）

調査項目の定義

「麻痺等の有無」を評価する項目である。

ここでいう「麻痺等」とは、神経又は筋肉組織の損傷、疾病等により、筋肉の随意的な運動機能が低下又は消失した状況をいう。

脳梗塞後遺症等による四肢の動かしにくさ（筋力の低下や麻痺等の有無）を確認する項目である。

選択肢の選択基準

「1. ない」

- ・麻痺等がない場合は、「1. ない」とする。

「2. 左上肢」、「3. 右上肢」、「4. 左下肢」、「5. 右下肢」

- ・麻痺等や筋力低下がある場合は、「2. 左上肢」「3. 右上肢」「4. 左下肢」「5. 右下肢」の中で該当する部位を選択する。
- ・複数の部位に麻痺等がある場合（片麻痺、対麻痺、三肢麻痺、四肢麻痺等）は「2. 左上肢」「3. 右上肢」「4. 左下肢」「5. 右下肢」のうち、複数を選択する。
- ・各確認動作で、努力して動かそうとしても動かない、あるいは目的とする確認動作が行えない場合に該当する項目を選択する。

「6. その他（四肢の欠損）」

- ・いずれかの四肢の一部（手指・足趾を含む）に欠損がある場合は「6. その他」を選択する。
- ・上肢・下肢以外に麻痺等がある場合は、「6. その他」を選択する。
- ・「6. その他」を選択した場合は、必ず部位や状況等について具体的に「特記事項」に記載する。

調査上の留意点

冷感等の感覚障害は含まない。

えん下障害は、「2-3 えん下」において評価する。

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

麻痺等には、加齢による筋力の低下、その他の様々な原因による筋肉の随意的な運動機能の低下によって目的とする確認動作が行えない場合が含まれる。

意識障害等で、自分の意思で四肢を十分に動かさないために目的とする確認動作が行えない場合も含む。

パーキンソン病等による筋肉の不随意的な動きによって随意的な運動機能が低下し、目的とする確認動作が行えない場合も含まれる。

関節に著しい可動域制限があり、関節の運動ができないために目的とする確認動作が行えない

場合も含む。なお、軽度の可動域制限の場合は、関節の動く範囲で行う。

「主治医意見書」の麻痺に関する同様の項目とは、選択の基準が異なることに留意すること。項目の定義する範囲以外で日常生活上での支障がある場合は、特記事項に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

なお、実際に確認する場合は、「図 1-1」から「図 1-5」の「上肢の麻痺等の有無の確認方法」及び「下肢の麻痺等の有無の確認方法」に示す動作が行えるかどうかで選択する。

深部感覚の障害等により運動にぎこちなさがある場合であっても、確認動作が行えるかどうかで選択する（傷病名、疾病の程度は問わない）。

確認動作は、通常対象部位の関節を伸ばした状態で選択するが、拘縮で肘が曲がっている場合、可能な限り肘関節を伸ばした状態で行い、評価をし、状況については特記事項に記入する。また、強直（曲げることも伸ばすこともできない状態）の場合は、その状態で行い、状況については特記事項に記入する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「上肢の麻痺等の有無の確認方法」

【注意点】

確認時には、本人または家族の同意の上で、ゆっくり動かしてもらって確認を行う。調査対象者が痛みを訴える場合は、動作の確認を中止し、そこまでの状況で選択を行う。危険と判断される場合は、確認は行わない。

- 測定（検査）肢位： 図 1-1、1-2 に示す座位または図 1-3 に示す仰臥位（仰向け）で行う
- 測定（検査）内容： 座位の場合は、肘関節を伸ばしたままで腕を前方及び横に、自分で持ち上げ、静止した状態で保持できるかどうかを確認する（肘関節伸展位で肩関節の屈曲及び外転）。どちらかができなければ「あり」とする。仰臥位の場合は、腕を持ち上げられるかで確認する。
肩の高さくらいにまで腕を上げることができるかどうかで選択を行う。円背の場合には、あごの高さくらいまで腕（上肢）を上げることができなければ「あり」とする。

① 前方に腕（上肢）を肩の高さまで自分で挙上し、静止した状態で保持できるか確認する。

(図 1-1-1)

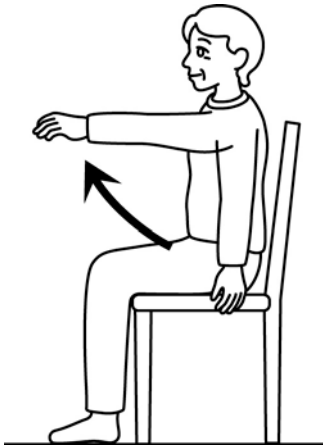


図 1-1-1

② 横に腕（上肢）を肩の高さまで自分で挙上し静止した状態で保持できるか確認する。

(図 1-2)

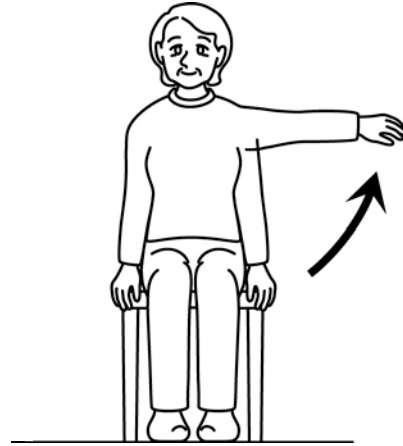


図 1-2

① 前方に腕（上肢）を肩の高さまで自分で挙上し、静止した状態で保持できるか確認する。

(円背の場合)

(図 1-1-2)

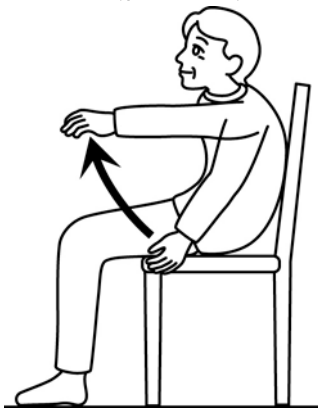


図 1-1-2

認定調査員は対象者の前方に位置し、認定調査員の手を触れるように指示する。
認定調査員は相対して座り、動きを行って見せ、対象者に行ってもらおう。

①' (仰臥位（仰向け）で行う場合）前方頭上に腕を挙上する（図 1-3）

上肢を体側に添っておき、その位置から肘関節を伸ばしたまま腕を自分で挙上し、静止した状態で保持できるか確認する。(肘関節伸展位での前方挙上)

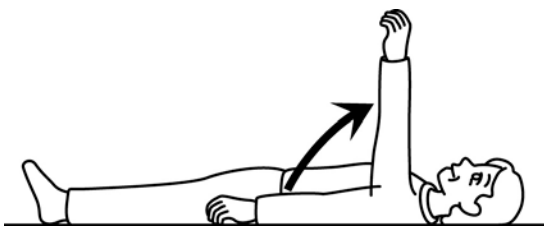


図 1-3

「下肢の麻痺等の有無の確認方法」

【注意点】

確認時には、本人または家族の同意の上で、ゆっくり動かしてもらって確認を行う。調査対象者が痛みを訴える場合は、動作の確認を中止し、そこまでの状況で選択を行う。危険と判断される場合は、確認は行わない。

- 測定肢位： 図1-4に示す座位または図1-5に示す仰臥位（仰向け）で行う。
- 測定内容： 膝を伸ばす動作により下肢を水平位置まで挙上し、静止した状態で保持できるかを確認する（股・膝関節屈曲位での膝関節の伸展）。床に対して、水平に足を挙上できるかどうかについて確認する。具体的には、踵と膝関節（の屈側）を結ぶ線が床と並行になる高さまで挙上し静止した状態で保持できることを確認する。また、椅子で試行する場合は、大腿部が椅子から離れないことを条件とする。仰向けで試行する場合は、枕等から大腿部が離れないことを条件とする。なお、膝関節に拘縮があるといった理由や下肢や膝関節等の生理学的な理由等で膝関節の完全な伸展そのものが困難であることによって水平に足を挙上できない（仰向けの場合には、足を完全に伸ばせない）場合には、他動的に最大限動かせる高さ（可動域制限のない範囲内）まで、挙上することができ、静止した状態で保持できれば「なし」とし、できなければ「あり」とする。

股関節および膝関節屈曲位から膝関節の伸展（下腿を挙上する）

① 座位で膝を床に対して、自分で水平に伸ばしたまま静止した状態で保持できるか確認する。（股関節屈曲位からの膝関節の伸展）

（図1-4）

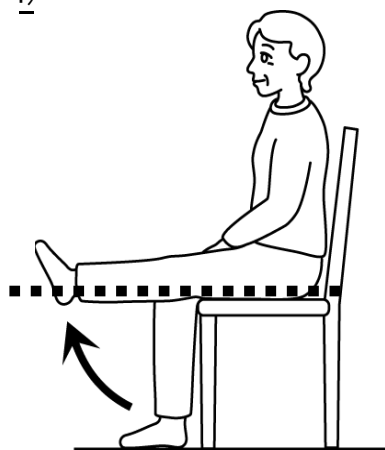


図1-4

② 仰向けで膝の下に枕等を入れて自分で膝から下（下腿）を持ち上げ、伸ばしたまま静止した状態で保持できるか確認する。

（仰臥位での股・膝関節屈曲位からの膝関節の伸展）（図1-5）

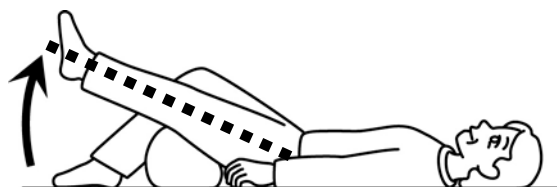


図1-5

1-2 拘縮の有無

1. ない
2. 肩関節
3. 股関節
4. 膝関節
5. その他（四肢の欠損）

調査項目の定義

「拘縮の有無」を評価する項目である。

ここでいう「拘縮」とは、対象者が可能な限り力を抜いた状態で他動的に四肢の関節を動かした時に、関節の動く範囲が著しく狭くなっている状況をいう。

選択肢の選択基準

「1. ない」

・四肢の関節の動く範囲の制限がない場合は、「1. ない」とする。

「2. 肩関節」、「3. 股関節」、「4. 膝関節」

複数の部位に関節の動く範囲の制限がある場合は「2. 肩関節」「3. 股関節」「4. 膝関節」のうち、複数を選択する。他動的に動かしてみても制限がある場合が該当し、自力では動かせないという状態だけでは該当しない。

左右のいずれかに制限があれば「制限あり」とする。

「5. その他（四肢の欠損）」

・いずれかの四肢の一部（手指・足趾を含む）に欠損がある場合は「5. その他」を選択する。

・肩関節、股関節、膝関節以外について、他動的に動かした際に拘縮や可動域の制限がある場合は「5. その他」を選択する。

・「5. その他」を選択した場合は、必ず部位や状況等について具体的に「特記事項」に記載する。

調査上の留意点

疼痛のために関節の動く範囲に制限がある場合も含まれる。

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

筋力低下については、「1-1 麻痺等の有無」において評価する。

あくまでも、他動運動により目的とする確認動作ができるか否かにより選択するものであり、「主治医意見書」の同様の項目とは、選択基準が異なることもある。

項目の定義する範囲以外で日常生活上での支障がある場合は、特記事項に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等に

ついて、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「拘縮の有無」については、傷病名、疾病の程度、関節の左右や関節の動く範囲の制限の程度、調査対象者の意欲等にかかわらず、他動運動により目的とする確認動作（図 2-1 から図 2-8）ができるか否かにより確認する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去 1 週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「関節の動く範囲の制限の有無の確認方法」

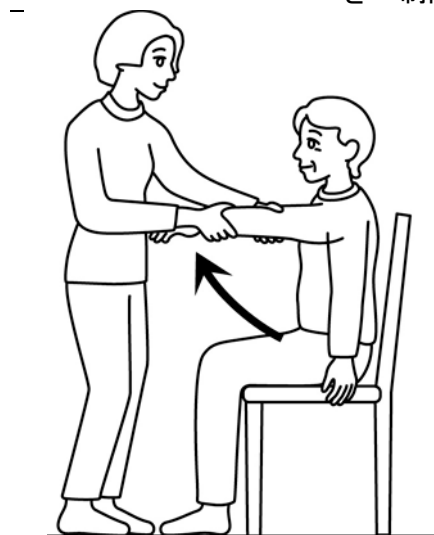
【注意点】

確認時には、本人または家族の同意の上で、対象部位を軽く持ち、動作の開始から終了までの間に 4~5 秒程度の時間をかけてゆっくり動かして確認を行う。調査対象者が痛みを訴える場合は、それ以上は動かさず、そこまでの状況で選択を行う。

90 度程度曲がれば「制限なし」となるため、調査対象者の状態に十分注意し、必要以上に動かさないようにしてはならない。

動かすことが危険と判断される場合は、確認は行わない。

- 測定（検査）内容： 「2. 肩関節」は、前方あるいは横のいずれかに可動域制限がある場合を「制限あり」とする。



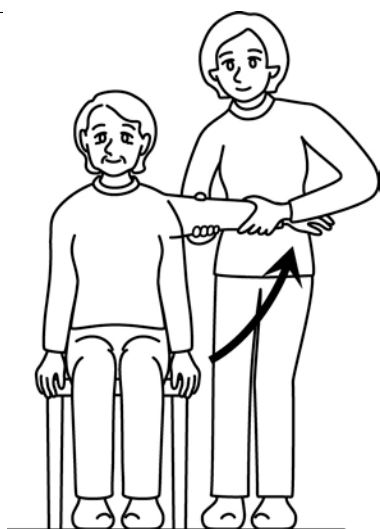
(図 2-1)



(図 2-1-1)

肩の高さくらいまで腕（上肢）を上げることができれば「制限なし」とする。

円背の場合には、あごの高さくらいまで腕（上肢）を上げることができれば「制限なし」とする。



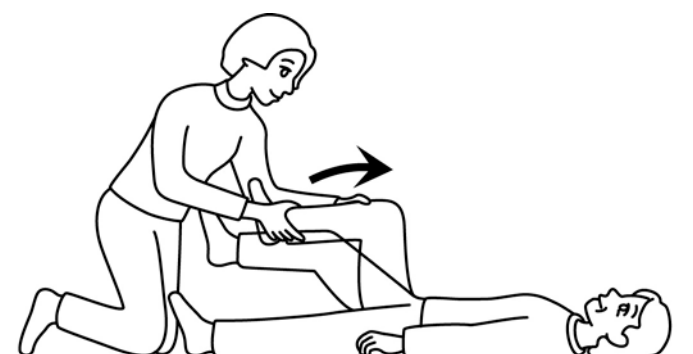
(図 2-2)

肩の高さくらいまで腕（上肢）を上げることができれば「制限なし」とする。

<仰臥位の場合>

仰向けで寝たまま（仰臥位）の場合、左右の肩を結んだ高さまで腕（上肢）を動かすことができない、もしくは、前方に腕を挙上することができなければ「制限あり」とする。

「3. 股関節」は、屈曲または外転のどちらかに可動域制限がある場合を制限ありとする。
 図 2-3（屈曲）または図 2-4 もしくは図 2-5（外転）のいずれかができなければ「制限あり」とする。



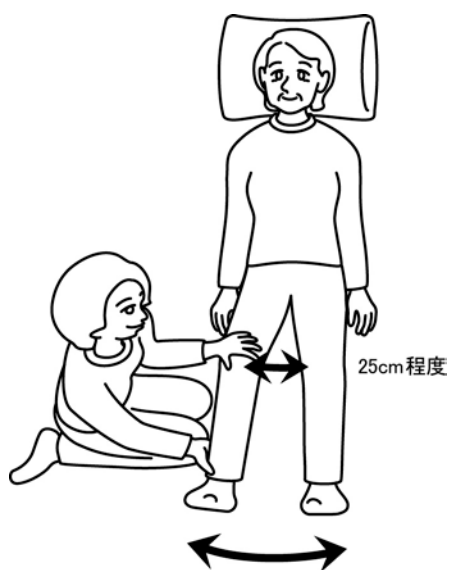
(図 2-3)

仰向けに寝た姿勢（仰臥位）で膝を曲げたまま、股関節が直角（90度）程度曲がれば「制限なし」とする。

仰向けに寝た姿勢（仰臥位）あるいは座位で、膝が閉じた状態から見て、膝の内側を 25cm 程度開く（はなす）ことができれば「制限なし」とする。0 脚等の膝が閉じない場合であっても、最終的に開いた距離が 25cm 程度あるかどうかで選択を行う。本確認動作は、膝を外側に開くことができるかを確認するためのものであり、内側への運動に関しては問わない。

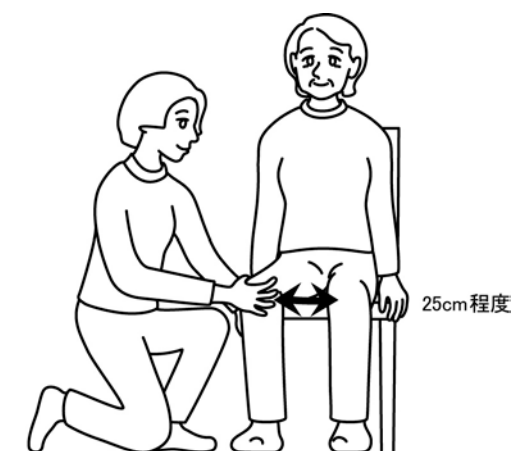
また、片足のみの外転によって 25cm が確保された場合も「制限なし」とするが、もう一方の足の外転に制限がある場合、その旨を特記事項に記載する。

※ なお、25 cm程度とは拳2個分あるいは A4 ファイルの短い方の長さ



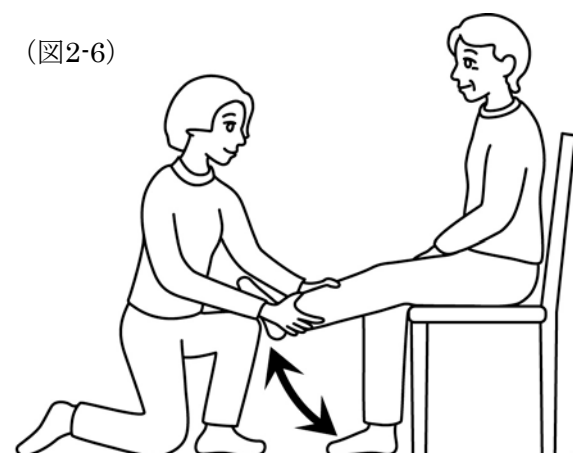
(図 2-4)

(図 2-5)



「4. 膝関節」は、伸展もしくは屈曲方向のどちらかに可動域に制限がある場合を制限ありとする。

(図2-6)

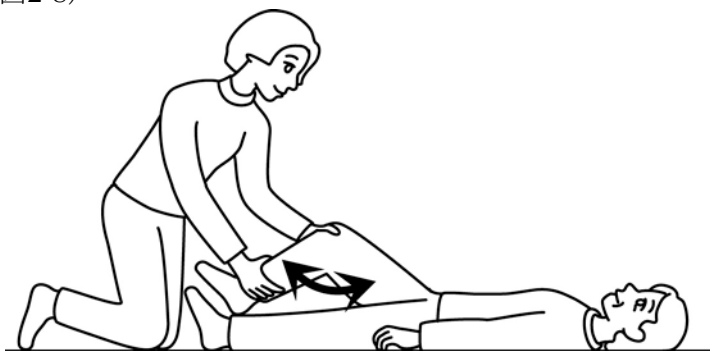


膝関節をほぼ真っ直ぐ伸ばした状態から90°程度他動的に曲げることができない場合に「制限あり」とする。座位、うつ伏せで寝た姿勢（腹臥位）、仰向けに寝た姿勢（仰臥位）、のうち、調査対象者に最も負担をかけないいずれか一つの方法で確認できればよい。

(図2-7)



(図2-8)



1-3 寝返り

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

調査項目の定義

「寝返り」の能力を評価する項目である。

ここでいう「寝返り」とは、きちんと横向きにならなくても、横たわったまま左右のどちらかに身体の向きを変え、そのまま安定した状態になることが自分でできるかどうか、あるいはベッド柵、サイドレールなど何かにつかまればできるかどうかの能力である。

調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

身体の上にふとん等をかけない時の状況で選択する。

選択肢の選択基準

「1. つかまらないでできる」

- ・ 何にもつかまらないで、寝返り（片側だけでもよい）が自力でできる場合をいう。
- ・ 仰向けに寝ることが不可能な場合に、横向きに寝た状態（側臥位）から、うつ伏せ（腹臥位）に向きを変えることができれば、「1. つかまらないでできる」を選択する。
- ・ 認知症等で声かけをしない限りずっと同じ姿勢をとり寝返りをしないが、声をかければゆっくりでも寝返りを自力でする場合、声かけのみでできれば「1. つかまらないでできる」を選択する。

「2. 何かにつかまればできる」

- ・ ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまれば自力で寝返りができる場合をいう。

「3. できない」

- ・ 介助なしでは、自力で寝返りができない等、寝返りに介助が必要な場合をいう。

調査上の留意点

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

側臥位から腹臥位や、きちんと横向きにならなくても横たわったまま左右どちらか（片方だけでよい）に向きを変えられる場合は、「1. つかまらないでできる」を選択する。

一度起き上がってから体の方向を変える行為は、寝返りとは考えない。

自分の体の一部（膝の裏や寝巻きなど）を掴んで寝返りを行う場合（掴まないといけない場合）は「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

1-4 起き上がり

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

調査項目の定義

「起き上がり」の能力を評価する項目である。

ここでいう「起き上がり」とは、身体の上にふとんをかけないで寝た状態から上半身を起こすことができるかどうかの能力である。

身体の上にふとん等をかけない時の状況で選択する。

調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容から、選択する。

選択肢の選択基準

「1. つかまらないでできる」

- ・何にもつかまらないで自力で起き上がることができる場合をいう。習慣的に、体を支える目的ではなく、ベッド上に手や肘をつきながら起き上がる場合も含まれる。

「2. 何かにつかまればできる」

- ・ ベッド柵、ひも、バー、サイドレール等、何かにつかまれば自力で起き上がりができる場合をいう。

「3. できない」

- ・ 介助なしでは自力で起き上がることができない等、起き上がりに介助が必要な場合をいう。途中で自分でできても最後の部分で介助が必要である場合も含まれる。

調査上の留意点

寝た状態から上半身を起こす行為を評価する項目であり、うつ伏せになってから起き上がる場合等、起き上がりの経路については限定しない。

自分の膝の裏をつかんで、反動を付けて起き上がれる場合等、自分の体の一部を支えにしてできる場合（支えにしないと起き上がれない場合）は、「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

体を支える目的で手や肘でふとんにしっかりと加重して起き上がる場合（加重しないと起き上がれない場合）は「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

常時、ギャッチアップの状態にある場合は、その状態から評価し、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

補装具を使用している場合は、使用している状況で選択する。ギャッチアップ機能がついている電動ベッド等の場合はこれらの機能を使わない状態で評価する。

1-5 座位保持

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

調査項目の定義

「座位保持」の能力を評価する項目である。

ここでいう「座位保持」とは、背もたれがない状態での座位の状態を10分間程度保持できるかどうかの能力である。

調査対象者に実際に行ってもらい、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・背もたれや介護者の手による支えがなくても、座位の保持が自力でできる場合をいう。
- ・下肢の欠損等により床に足をつけることが不可能な場合であっても座位保持ができる場合には、「1. できる」を選択する。
- ・下肢が欠損しているが日頃から補装具を装着しており、できる場合は「1. できる」を選択する。

「2. 自分の手で支えればできる」

- ・背もたれは必要ないが、手すり、柵、坐面、壁を自分の手で支える必要がある場合をいう。

「3. 支えてもらえればできる」

- ・背もたれがないと座位が保持できない、あるいは、介護者の手で支えていないと座位が保持できない場合をいう。

「4. できない」

- ・背もたれを用いても座位が保持できない場合をいう。具体的には、以下の状態とする。
- ・長期間（おおむね1ヶ月）にわたり水平な体位しかとったことがない場合。
- ・医学的理由（低血圧等）により座位保持が認められていない場合。
- ・背骨や股関節の状態により体幹の屈曲ができない場合。

調査上の留意点

寝た状態から座位に至るまでの行為は含まない。

畳上の生活で、いすに座る機会がない場合は、畳上の座位や、洋式トイレ、ポータブルトイレ使用時の座位の状態を選択する。

長座位、端座位など、座り方は問わない。

大腿部（膝の上）に手で支えてしっかりと加重して座位保持をしている場合等、自分の体の一部を支えにしてできる場合（加重しないと座位保持できない場合）は「2. 自分の手で支えればできる」を選択する。

大腿部の裏側に手を差し入れて太ももを掴むようにする等、上体が後傾しないように座位を保持している場合（手を差し入れるなどしないと座位保持できない場合）は、「3. 支えてもらえればできる」を選択する。

ビーズクッション等で支えていないと座位が保持できない場合は、「3. 支えてもらえればできる」を選択する。

電動ベッドや車いす等の背もたれを支えとして座位保持ができている場合は、「3. 支えてもらえればできる」を選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

1-6 両足での立位保持

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

調査項目の定義

「両足での立位保持」の能力を評価する項目である。

ここでいう「両足での立位保持」とは、立ち上がった後に、平らな床の上で立位を10秒間程度保持できるかどうかの能力である。

調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

選択肢の選択基準

「1. 支えなしでできる」

- ・ 何にもつかまらないうで立っていることができる場合をいう。

「2. 何か支えがあればできる」

- ・ 壁、手すり、いすの背、杖等、何かにつかまると立位保持が可能な場合をいう。

「3. できない」

- ・自分ではものにつかまっても立位を保持できないが、介護者の手で常に身体を支えれば立位保持できる、あるいは、どのような状況であってもまったく立位保持ができない場合をいう。
- ・寝たきりで明らかに立位をとれない場合も含まれる。

調査上の留意点

立ち上がるまでの行為は含まない。

片足が欠損しており、義足を使用していない人や拘縮で床に片足がつかない場合は、片足での立位保持の状況で選択する。

自分の体の一部を支えにして立位保持する場合や、体を支える目的でテーブルや椅子の肘掛等にしっかりと加重して立位保持する場合（加重しないと立位保持できない場合）は「2. 何か支えがあればできる」を選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

1-7 歩行

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

調査項目の定義

「歩行」の能力を評価する項目である。

ここでいう「歩行」とは、立った状態から継続して歩くことができるかどうかの能力である。立った状態から継続して（立ち止まらず、座り込まずに）5m程度歩ける能力があるかどうかで選択する。調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

選択肢の選択基準

「1. つかまらないでできる」

- ・ 支えや日常的に使用する器具・器械なしに自分で歩ける場合をいう。
- ・ 視力障害者のつたい歩きも含まれる。
- ・ 視力障害があり、身体を支える目的ではなく方向を確認する目的で杖を用いている場合は、「1. つかまらないでできる」を選択する。

「2. 何かにつかまればできる」

- ・ 杖や歩行器等を使用すれば歩ける、壁に手をかけながら歩ける場合等をいう。
- ・ 片方の腕を杖で、片方の腕を介護者が支えれば歩行できる場合は、「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

「3. できない」

- ・ 何かにつかまったり、支えられても歩行が不可能であるため、車いすを使用しなければならない、どのような状況であっても歩行ができない場合をいう。寝たきり等で歩行することがない場合、あるいは、歩行可能であるが医療上の必要により歩行制限が行われている場合も含まれる。
- ・ 「歩行」については、5 m程度歩けるかどうかについて評価する項目であり、「2 mから3 m」しか歩けない場合は「歩行」とはとらえないため、「3. できない」を選択する。

調査上の留意点

歩幅や速度、方向感覚や目的等は問わない。

リハビリの歩行訓練時には、平行棒の間を5 m程度歩行できていてもリハビリの訓練中は一般的には日頃の状況ではないと考える。

心肺機能の低下等のため、主治医より軽い労作も禁じられている等で、5 m程度の歩行を試行することができない場合には、「3. できない」を選択する。

両足切断のため、屋内の移動は両手で行うことができても、立位をとることができない場合は、歩行は「できない」を選択する。

膝につかまるなど、自分の体につかまり歩行する場合（つかまらないう歩行できない場合）は、「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状

況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「補装具を使用している場合」

補装具を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「福祉用具を使用している場合」

杖や歩行器等を使用する場合は、「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

1-8 立ち上がり

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

調査項目の定義

「立ち上がり」の能力を評価する項目である。

ここでいう「立ち上がり」とは、いすやベッド、車いす等に座っている状態から立ち上がる行為を行う際に（床からの立ち上がりは含まない）、ベッド柵や手すり、壁等につかまらないで立ち上がることができるかどうかの能力である。

膝がほぼ直角に屈曲している状態からの立ち上がりができるかどうかで選択する。

調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

選択肢の選択基準

「1. つかまらないでできる」

- ・ いす、ベッド、車いす等に座っている状態から立ち上がる際に、ベッド柵、手すり、壁等何にもつかまらないで、立ち上がる行為ができる場合をいう。

「2. 何かにつかまればできる」

- ・ ベッド柵、手すり、壁等、何かにつかまれば立ち上がる行為ができる場合をいう。介護者の手で引き上げられる状況ではなく、支えがあれば基本的に自分で立ち上がることができる場合も含まれる。

「3. できない」

- ・ 自分ではまったく立ち上がることができない場合をいう。体の一部を介護者が支える、介護者の手で引き上げるなど、介助がないとできない場合も含まれる。

調査上の留意点

寝た状態から座位に至るまでの行為は含まない。

畳上の生活で、いすに座る機会がない場合は、洋式トイレ、ポータブルトイレ使用時や、受診

時の待合室での状況等の状態で選択する。

自分の体の一部を支えにして立ち上がる場合や、習慣的ではなく体を支える目的でテーブルや椅子の肘掛等にしっかりと加重して立ち上がる場合（加重しないと立ち上がれない場合）は「2. 何かにつかまればできる」を選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

1-9 片足での立位

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

調査項目の定義

「片足での立位」の能力を評価する項目である。

ここでいう「片足での立位」とは、立ち上がるまでに介助が必要か否かにかかわらず、平らな床の上で、自分で左右いずれかの片足を上げた状態のまま立位を保持する（平衡を保てる）ことができるかどうかの能力である。

平らな床の上で、自分で左右いずれかの片足を上げた状態のまま1秒間程度、立位を保持できるかどうかで選択する。

調査対象者に実際に行ってもらう、あるいは調査対象者や介護者からの日頃の状況に関する聞き取り内容で選択する。

選択肢の選択基準

- 「1. 支えなしでできる」
- ・何もつかまらないで、いずれか一側の足で立っていることができる場合をいう。
- 「2. 何か支えがあればできる」
- ・壁や手すり、いすの背など、何かにつかまるといずれか一側の足で立っていることができる場合をいう。

「3. できない」

- ・自分では片足が上げられない、自分の手で支えるのではなく、介護者によって支えられた状態でなければ片足を上げられない、あるいは、どのような状況であってもまったく片足で立っていることができない場合をいう。

調査上の留意点

立ち上がるまでの能力については含まない。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

1-10 洗身

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助 4. 行っていない

調査項目の定義

「洗身」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「洗身」とは、浴室内（洗い場や浴槽内）で、スポンジや手拭い等に石鹼やボディシャンプー等を付けて全身を洗うことをいう。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・一連の「洗身」（浴室内で、スポンジや手拭い等に石鹼やボディシャンプー等を付けて全身を洗うこと）の介助が行われていない場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・ 介護者が石鹸等を付けて、体の一部を洗う等の場合をいう。
- ・ 見守り等が行われている場合も含まれる。

「3. 全介助」

- ・ 一連の「洗身」（浴室内で、スポンジや手拭い等に石鹸やボディシャンプー等を付けて全身を洗うこと）の全ての介助が行われている場合をいう。
- ・ 本人に手の届くところを「洗身」してもらった後、本人が「洗身」した箇所も含めて、介護者が全てを「洗身」し直している場合は、「3. 全介助」を選択する。

「4. 行っていない」

- ・ 日常的に「洗身」を行っていない場合をいう。

調査上の留意点

入浴環境は問わない。

洗髪行為は含まない。

入浴行為は、この項目には含まない。

石鹸やボディシャンプーがついていなくても、あくまで体を洗う行為そのものについて介助が行われているかどうかで選択を行う。石鹸等を付ける行為そのものに介助があるかどうかではなく、身体の各所を洗う行為について評価を行う。

清拭のみが行われている場合は、本人が行っているか介護者が行っているかに関わらず、「4. 行っていない」を選択する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

日によって入浴の方法・形態が異なる場合も含めて、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

日常的に、洗身を行っていない場合は、「4. 行っていない」を選択し、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合

- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
 - ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合
- など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

1-11 つめ切り

1. 介助されていない 2. 一部介助 3. 全介助

調査項目の定義

「つめ切り」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「つめ切り」とは、「つめ切り」の一連の行為のことで、「つめ切りを準備する」「切ったつめを捨てる」等を含む。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「つめ切り」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
- ・つめ切りに見守りや確認が行われている場合を含む。
- ・左右どちらか片方の手のつめのみ切れる、手のつめはできるが足のつめはできない等で一部介助が発生している場合も含む。

「3. 全介助」

- ・一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。
- ・介護者が、本人が行った箇所を含めてすべてやり直す場合も含む

調査上の留意点

切ったつめを捨てる以外の、つめを切った場所の掃除等は含まない。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1か月）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

四肢の全指を切断している等、つめがない場合は、四肢の清拭等の状況で代替して評価する。

「実際の介助の方法」が不適切な場合

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

1-12 視力

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

調査項目の定義

「視力」（能力）を評価する項目である。

ここでいう「視力」とは、見えるかどうかの能力である。

認定調査員が実際に視力確認表の図を調査対象者に見せて、視力を評価する。

選択肢の選択基準

「1. 普通（日常生活に支障がない）」

- ・ 新聞、雑誌などの字が見え、日常生活に支障がない程度の視力を有している場合をいう。

「2. 約1m離れた視力確認表の図が見える」

- ・ 新聞、雑誌などの字は見えないが、約1m離れた視力確認表の図が見える場合をいう。

「3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える」

- ・ 約1m離れた視力確認表の図は見えないが、目の前に置けば見える場合をいう。

「4. ほとんど見えない」

- ・ 目の前に置いた視力確認表の図が見えない場合をいう。

「5. 見えているのか判断不能」

- ・ 認知症等で意思疎通ができず、見えているのか判断できない場合をいう。

調査上の留意点

見えるかどうかを選択するには、会話のみでなく、手話、筆談等や、調査対象者の身振りに基

づいて視力を確認する。

見たものについての理解等の知的能力を問う項目ではない。

広い意味での視力を問う質問であり、視野狭窄・視野欠損等も含まれる。

部屋の明るさは、部屋の電気をつけた上で、利用可能であれば読書灯などの補助照明器具を使用し十分な明るさを確保する。

眼鏡・コンタクトレンズ等を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合」

調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、その理由や状況について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

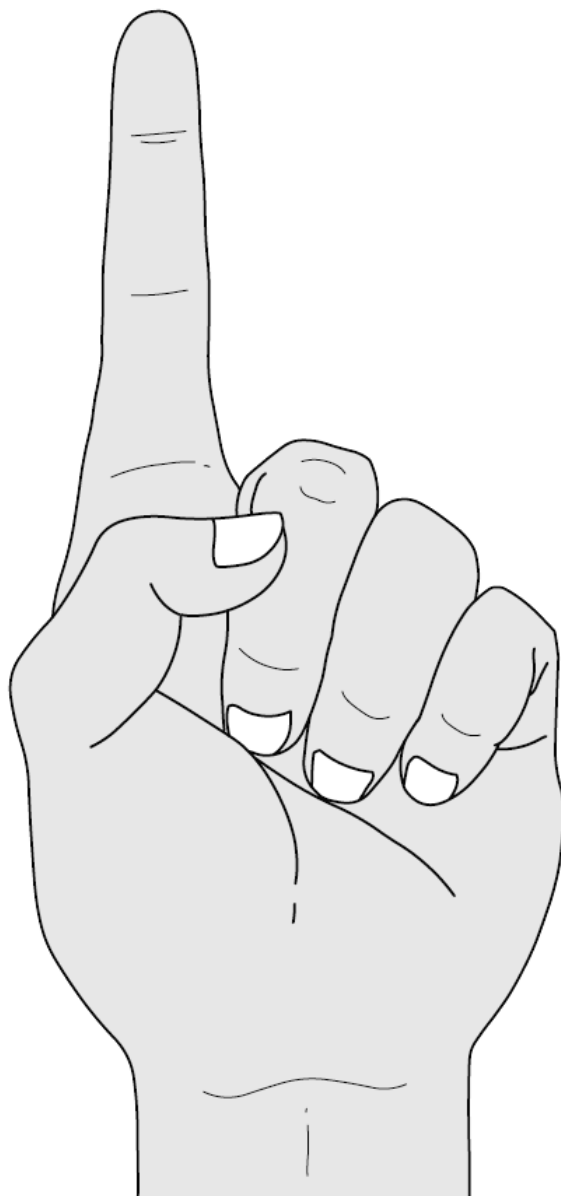
一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

また、調査対象者や介護者からの聞き取り内容、選択した根拠等についても、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

視力確認表



1-13 聴力

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. ほとんど聞こえない 5. 聞こえているのか判断不能

調査項目の定義

「聴力」（能力）を評価する項目である。
ここでいう「聴力」とは、聞こえるかどうかの能力である。
認定調査員が実際に確認して評価する。

選択肢の選択基準

「1. 普通」

- ・日常生活における会話において支障がなく、普通に聞き取れる場合をいう。

「2. 普通の声がやっと聞き取れる」

- ・普通の声で話すと聞き取りにくく、聞き間違えたりする場合をいう。

「3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる」

- ・耳元で大きな声で話したり、耳元で大きな物音を立てると何とか聞こえる、あるいは、かなり大きな声や音でないと聞こえない場合をいう。

「4. ほとんど聞こえない」

- ・ほとんど聞こえないことが確認できる場合をいう。

「5. 聞こえているのか判断不能」

- ・認知症等で意思疎通ができず、聞こえているのか判断できない場合をいう。

調査上の留意点

聞こえるかどうかは、会話のみでなく、調査対象者の身振り等も含めて評価する。

普通に話しかけても聞こえない調査対象者に対しては、耳元で大きな声で話す、音を出して反応を確かめる等の方法に基づいて聴力を評価する。

耳で聞いた内容を理解しているかどうか等の知的能力を問うものではない。

日常的に補聴器等を使用している場合は、使用している状況で評価する。

失語症や構音障害があっても、声や音が聞こえているかどうかで評価する。

調査の妨げとなるような大きな雑音がある場所での調査は避ける。

「調査対象者に実際に行ってもらった場合」

調査対象者に実際に行ってもらった状況と、調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。

その場合、調査対象者に実際に行ってもらった状況と、日頃の状況の違い、選択した根拠等に

ついて、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で評価する。

2-1 移乗

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「移乗」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「移乗」とは、「ベッドから車いす（いす）へ」「車いすからいすへ」「ベッドからポータブルトイレへ」「車いす（いす）からポータブルトイレへ」「畳からいすへ」「畳からポータブルトイレへ」「ベッドからストレッチャーへ」等、でん部を移動させ、いす等へ乗り移ることである。

清拭・じょくそう予防等を目的とした体位交換、シーツ交換の際に、でん部を動かす行為も移乗に含まれる。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「移乗」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・「移乗」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等のことである。
- ・また、ベッドから車いすに移乗する際、介護者が本人の身体に直接触れず、安全に乗り移れるよう、動作に併せて車いすをお尻の下にさししている場合は、「2. 見守り等」を選択する。

「3. 一部介助」

- ・自力では移乗ができないために、介護者が手を添える、体を支えるなどの「移乗」の行為の一部に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・自分では移乗ができないために、介護者が抱える、運ぶ等の「移乗」の介助の全てが行われている場合をいう。

調査上の留意点

義足や装具、歩行器等の準備は介助の内容には含まない。

在宅で畳中心の生活であり、いすを使用していない場合で、両手をついて腰を浮かせる行為自体だけでは該当しない。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

清拭・じょくそう予防等を目的とした体位交換を含む移乗の機会がないことは、実際には考えにくいですが、寝たきり状態などで、「移乗」の機会が全くない場合は、「調査項目の定義」で規定されるような行為が生じた場合を想定し適切な介助の方法を選択し、そのように判断できる具体的な事実を特記事項に記載する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-2 移動

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「移動」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「移動」とは、「日常生活」において、食事や排泄、入浴等で、必要な場所への移動にあたって、見守りや介助が行われているかどうかで選択する。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「移動」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・「移動」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・自力では、必要な場所への「移動」ができないために、介護者が手を添える、体幹を支える、段

差で車いすを押す等の「移動」の行為の一部に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・ 自力では、必要な場所への「移動」ができないために、「移動」の行為の全てに介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

移動の手段は問わない。

義足や装具等を装着している場合や、車いす・歩行器などを使用している場合は、その状況に基づいて評価する。

車いす等を使用している場合は、車いす等に移乗したあとの移動について選択する。

外出行為に関しては、含まない。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

義足や装具等を装着している場合や、車いす・歩行器などを使用している場合は、その状況に基づいて選択する。

車いす等を使用している場合は、車いす等に移乗したあとの移動について選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

浴場への移動など移動の機会がない場合は、多くはないと考えられるが、寝たきり状態などで、「移動」の機会が全くない場合は、「調査項目の定義」で規定されるような行為の生じた場合を想定して適切な介助の方法を選択し、そのように判断できる具体的な事実を特記事項に記載する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-3 えん下

1. できる
2. 見守り等
3. できない

調査項目の定義

「えん下」の能力を評価する項目である。

ここでいう「えん下」とは、食物を経口より摂取する際の「えん下」（飲み込むこと）の能力である。

能力の項目であるが、必ずしも試行する必要はない。頻回に見られる状況や日頃の状況について、調査対象者や介護者からの聞き取りで選択してもよい。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・ えん下することに問題がなく、自然に飲み込める場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・ 「できる」「できない」のいずれにも含まれない場合をいう。必ずしも見守りが行われている必要はない。

「3. できない」

- ・ えん下ができない場合、または誤えん（飲み込みが上手にできず肺などに食物等が落ち込む状態）の恐れがあるため経管栄養（胃ろうを含む）や中心静脈栄養（IVH）等が行われている場合をいう。

調査上の留意点

咀嚼（噛むこと）や口腔内の状況の評価するものではない。

食物を口に運ぶ行為については、「2-4 食事摂取」で評価する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

また、固形物か、液体かどうか等、食物の形状（普通食、きざみ食、ミキサー食、流動食等）によって異なる場合も、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

入院・入所後は、トロミ食のみを摂取しているため、居宅での生活時とは異なり、飲み込みに支障がなくなった場合は、現在の入院・入所後の状況で選択する。

2-4 食事摂取

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「食事摂取」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「食事摂取」とは、食物を摂取する一連の行為のことである。

通常の経口摂取の場合は、配膳後の食器から口に入れるまでの行為のことである。また、食事摂取の介助には、経管栄養の際の注入行為や中心静脈栄養も含まれる。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「食事摂取」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・「食事摂取」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、行為の「確認」「指示」「声かけ」「皿の置き換え」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・「食事摂取」の行為の一部のみに介助が行われている場合をいう。食卓で小さく切る、ほぐす、皮をむく、魚の骨をとる等、食べやすくするための介助や、スプーン等に食べ物を乗せる介助が行われている場合も含む。
- ・ただし、この「一部」については、時間の長短は問わない。
- ・また、1回ごとの食事における一連の行為中の「一部」のことであり、朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合は、後述の「(3) 調査上の留意点」にしたがって選択する。

「4. 全介助」

- ・「食事摂取」の介助の全てが行われている場合をいう。

調査上の留意点

食事の量、適切さを評価する項目ではなく、「食事摂取」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

調理（厨房・台所でのきざみ食、ミキサー食の準備等）、配膳、後片づけ、食べこぼしの掃除等は含まない。

エプロンをかける、いすに座らせる等は含まない。

経管栄養、中心静脈栄養のための介助が行われている場合は、「4. 全介助」を選択する（特別な医療の要件にも該当する場合は、両方に選択を行う。）

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-5 排尿

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「排尿」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「排尿」とは、「排尿動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、尿器への排尿）」「陰部の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿後の掃除」「オムツ、リハビリパンツ、尿とりパッドの交換」「抜去したカテーテルの後始末」の一連の行為のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「排尿」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・ 「排尿」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」「確認」「指示」「声かけ」や、認知症高齢者等をトイレ等へ誘導するために必要な「確認」「指示」「声かけ」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・ 「排尿」の一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・ 調査対象者の「排尿」の介助の全てが行われている場合をいう。

調査上の留意点

尿意の有無は問わない。

トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿後の掃除は含まれるが、トイレの日常的な掃除は含まない。また使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、排尿の直後であるかどうかや、その回数に関わらず「排尿後の後始末」として評価する。

トイレまでの移動に関する介助は、他の移動行為とともに「2-2 移動」で評価するが、トイレ等に誘導するための「確認」「指示」「声かけ」は、「2.見守り等」として評価する。トイレやポータブルトイレへの移乗に関する介助は、他の移乗行為とともに「2-1 移乗」で評価する。

失禁した場合の衣服の更衣に関する介助は、他の着脱行為とともに「2-10 上衣の着脱」「2-11 ズボン等の着脱」で評価する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

おむつや尿カテーテル等を使用しているも、自分で準備から後始末まで行っている場合は、「1. 介助されていない」を選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

人工透析を行っている等で、排尿が全くない場合は、介助自体が発生していないため、「1. 介助されていない」を選択する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-6 排便

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「排便」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「排便」とは、「排便動作（ズボン・パンツの上げ下げ、トイレ、排便器への排便）」「肛門の清拭」「トイレの水洗」「トイレやポータブルトイレ、排便器等の排便後の掃除」「オムツ、リハビリパンツの交換」「ストーマ（人工肛門）袋の準備、交換、後始末」の一連の行為のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「排便」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・「排便」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」「確認」「指示」「声かけ」や、認知症高齢者等をトイレ等へ誘導するために必要な「確認」「指示」「声かけ」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・「排便」一連の行為に部分的な介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・調査対象者の「排便」の介助の全てが行われている場合をいう。

調査上の留意点

トイレやポータブルトイレ、排便器等の排便後の掃除は含まれるが、トイレの日常的な掃除は含まない。また使用したポータブルトイレの後始末を一括して行う場合は、排便の直後であるかどうかや、その回数に関わらず「排便後の後始末」として評価する。

トイレまでの移動に関する介助は、他の移動行為とともに「2-2 移動」で評価するが、トイレ等に誘導するための「確認」「指示」「声かけ」は、「2. 見守り等」として評価する。トイレやポータブルトイレへの移乗に関する介助は、他の移乗行為とともに「2-1 移乗」で評価する。

失禁した場合の衣服の更衣に関する介助は、他の着脱行為とともに「2-10 上衣の着脱」「2-11 ズボン等の着脱」で評価する。

浣腸や摘便等の行為そのものは含まれないが、これらの行為に付随する排便の一連の行為は含む。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状

況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-7 口腔清潔

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

調査項目の定義

「口腔清潔」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「口腔清潔」とは、歯磨き等の一連の行為のことで、「歯ブラシやうがい用の水を用意する」「歯磨き粉を歯ブラシにつける等の準備」「義歯をはずす」「うがいをする」等のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「口腔清潔」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・ 一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
- ・ 見守り等（確認、指示、声かけ）が行われている場合も含まれる。
- ・ 歯磨き中の指示や見守り、磨き残しの確認が行われている場合を含む。
- ・ 義歯の出し入れはできるが、義歯を磨く動作は介護者が行っている場合も含む。

「3. 全介助」

- ・ 「口腔清潔」の全ての介助が行われている場合をいう。
- ・ 本人が行った箇所を含めて、介護者がすべてやり直す場合も含む。

- ・介護者が歯を磨いてあげ、口元までコップを運び、本人は口をすすいで吐き出す行為だけができる場合は、「3. 全介助」を選択する。

調査上の留意点

洗面所への誘導、移動は含まない。

洗面所周辺の掃除等は含まない。

義歯の場合は、義歯の清潔保持に係る行為で選択する。

歯磨き粉を歯ブラシにつけない、口腔清浄剤を使用している等の場合も、「口腔清潔」に含む。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とであると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-8 洗顔

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

調査項目の定義

「洗顔」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「洗顔」とは、洗顔の一連の行為のことで、一連の行為とは、「タオルの準備」「蛇口をひねる」「顔を洗う」「タオルで拭く」「衣服の濡れの確認」等の行為をいう。また、「蒸しタオルで顔を拭く」ことも含む。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「洗顔」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
- ・見守り等（確認、指示、声かけ）が行われている場合も含まれる。
- ・洗顔中の見守り等、衣服が濡れていないかの確認等が行われている場合を含む。
- ・蒸しタオルで顔を拭くことはできるが、蒸しタオルを準備してもらうなどの介助が発生している場合を含む。

「3. 全介助」

- ・「洗顔」の全ての介助が行われている場合をいう。
- ・介護者が本人の行った箇所を含めてすべてやり直す場合も含む。

調査上の留意点

洗面所への誘導、移動は含まない。

洗面所周辺の掃除等は含まない。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

「洗顔」を行う習慣がない等の場合は、入浴後に顔をタオル等で拭く介助や、ベッド上で顔を拭く行為などの類似行為で代替して評価する。通常の洗顔行為がある場合は、これらの行為を評価対象には含まない。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-9 整髪

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

調査項目の定義

「整髪」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「整髪」とは、「ブラシの準備」「整髪料の準備」「髪をとかず」「ブラッシングする」等の「整髪」の一連の行為のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「整髪」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・一連の行為に部分的に介助が行われている場合をいう。
- ・見守り等（確認、指示、声かけ）が行われている場合も含まれる。

「3. 全介助」

- ・「整髪」の全ての介助が行われている場合をいう。
- ・本人が行った箇所を含めて介護者がすべてやり直す場合も含む。

調査上の留意点

洗面所等鏡がある場所への誘導、移動は含まない。

洗面所周辺の掃除等は含まない。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

頭髪がない場合、または、短髪で整髪の必要がない場合は、入浴後に頭部をタオル等で拭く介

助や、ベッド上で、頭を拭く行為などで代替して評価する。通常の整髪行為がある場合は、これらの行為を評価対象には含まない。

「実際の介助の方法」が不適切な場合

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-10 上衣の着脱

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

調査項目の定義

「上衣の着脱」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「上衣の着脱」とは、普段使用している上衣等の着脱のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「上衣の着脱」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・ 「上衣の着脱」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。
- ・ ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・ 「上衣の着脱」の際に介助が行われている場合であって、「見守り等」、「全介助」のいずれにも含まれない場合をいう。

「4. 全介助」

- ・ 「上衣の着脱」の一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

時候にあった衣服の選択、衣服の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない。

服を体にあてがう行為や袖通しなど一連の行為すべてが介護者によって行われていれば、首や

体幹を揺り動かすなどの行為は、介護者の介助の方法や負担に大きな影響を与えていないことから、選択肢の選択には影響を及ぼさないと判断し、一連の行為全体に対してすべて介助されていると考え、「4. 全介助」を選択する。

一方、介護者が構えている服に「自ら袖に腕を通す」場合は、服を構える介助は行われているものの、袖通しは自ら行っていることから、一連の行為の一部に介助があると判断し、「3. 一部介助」を選択する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-11 ズボン等の着脱

1. 介助されていない 2. 見守り等 3. 一部介助 4. 全介助

調査項目の定義

「ズボン等の着脱」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「ズボン等の着脱」とは、普段使用しているズボン、パンツ等の着脱のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「ズボン等の着脱」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・ 「ズボン等の着脱」の介助は行われていないが、「見守り等」が行われている場合をいう。

- ・ここでいう「見守り等」とは、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等のことである。

「3. 一部介助」

- ・「ズボン等の着脱」の際に介助が行われている場合であって、「見守り等」、「全介助」のいずれにも含まれない場合をいう。

「4. 全介助」

- ・「ズボン等の着脱」の一連の行為すべてに介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

時候にあった衣服の選択、衣服の準備、手渡し等、着脱までの行為は含まない。

服を体にあてがう行為やズボンに足を通すなど一連の行為すべてが介護者によって行われていれば、足や腰、体幹を揺り動かすなどの行為は、介護者の介助の方法や負担に大きな影響を与えていないことから、選択肢の選択には影響を及ぼさないと判断し、一連の行為全体に対してすべて介助されていると考え、「4. 全介助」を選択する。

一方、介護者が構えているズボンに「自ら足を通す」場合は、服を構える介助は行われているものの、ズボンに足を通す行為は自ら行っていることから、一連の行為の一部に介助があると判断し、「3. 一部介助」を選択する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合」

福祉用具（補装具や介護用品等）や器具類を使用している場合は、使用している状況で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

日頃、ズボンをはかない場合（浴衣形式の寝巻きなど）は、パンツやオムツの着脱の行為で代替して評価する。通常のズボンの着脱行為がある場合は、これらの行為を評価対象には含まない。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

2-12 外出頻度

1. 週1回以上
2. 月1回以上
3. 月1回未満

調査項目の定義

「外出頻度」を評価する項目である。

ここでいう「外出頻度」とは、1回概ね30分以上、居住地の敷地外へ出る頻度を評価する。一定期間（調査日より概ね過去1か月）の状況において、外出の頻度で選択する。

選択肢の選択基準

「1. 週1回以上」

- ・週1回以上、外出している場合をいう。

「2. 月1回以上」

- ・月1回から3回、外出している場合をいう。

「3. 月1回未満」

- ・月1回未満の頻度で外出している場合をいう。

調査上の留意点

外出の目的や、同行者の有無、目的地等は問わない。

徘徊や救急搬送は外出とは考えない。

同一施設・敷地内のデイサービス、診療所等へ移動することも外出とは考えない。

過去1か月の間に状態が大きく変化した場合は、変化した後の状況で選択を行うものとする。

3-1 意思の伝達

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

調査項目の定義

「意思の伝達」の能力を評価する項目である。

ここでいう「意思の伝達」とは、調査対象者が意思を伝達できるかどうかの能力である。

選択肢の選択基準

「1. 調査対象者が意思を他者に伝達できる」

- ・手段を問わず、常時、誰にでも「意思の伝達」ができる状況をいう。

「2. ときどき伝達できる」

- ・通常は、調査対象者が家族等の介護者に対して「意思の伝達」ができるが、その内容や状況等によってはできる時と、できない時がある場合をいう。

「3. ほとんど伝達できない」

- ・通常は、調査対象者が家族等の介護者に対しても「意思の伝達」ができないが、ある事柄や特定の人に対してであれば、まれに「意思の伝達」ができる場合をいう。
- ・認知症等があり、「痛い」「腹が減った」「何か食べたい」等、限定された内容のみ「意思の伝達」ができる場合は、「3. ほとんど伝達できない」を選択する。

「4. できない」

- ・重度の認知症や意識障害等によって、「意思の伝達」が全くできない、あるいは、「意思の伝達」ができるかどうか判断できない場合をいう。

調査上の留意点

「意思の伝達」については、その手段を問わず、調査対象者が意思を伝達できるかどうかを評価する。

失語症が原因で会話が成立しなくとも、本人の意思が伝達できる場合は、それが会話によるものか、身振り等によるものかは問わない。伝達する意思の内容の合理性は問わない。

伝達手段について特記することがある場合は、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

本人が自発的に伝達しなくても、問いかけに対して意思を伝えることができる場合は、その状況を評価する。

なお、「意思の伝達」は能力を問う項目であるが、申請者の日常的な状態を頻度の観点から把握する項目であることから、他の能力を問う項目とは異なり、調査日の状況に加え、調査対象者及び介護者等から聞き取りした日頃の状況から選択を行い、調査日の状況と日頃の状況の両者を特記事項に記載する。

3-2 毎日の日課を理解

1. できる
2. できない

調査項目の定義

「毎日の日課を理解する」能力を評価する項目である。

ここでいう「毎日の日課を理解」とは、起床、就寝、食事等のおおまかな内容について、理解していることである。厳密な時間、曜日ごとのスケジュール等の複雑な内容まで理解している必要はない。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

調査上の留意点

起床や就寝、食事の時間等を質問して選択してもよい。

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去 1 週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

3-3 生年月日や年齢を言う

1. できる
2. できない

調査項目の定義

「生年月日や年齢を言う」能力を評価する項目である。

ここでいう「生年月日や年齢を言う」とは、生年月日か年齢かのいずれか一方を答えることができることである。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

調査上の留意点

実際の生年月日と数日間のずれであれば、「1. できる」を選択する。

また、年齢は、2歳までの誤差で答えることができれば、「1. できる」を選択する。

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

3-4 短期記憶（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）

1. できる 2. できない

調査項目の定義

「短期記憶」（面接調査の直前に何をしていたか思い出す）能力を評価する項目である。

ここでいう「短期記憶」とは、面接調査日の調査直前にしていたことについて、把握しているかどうかのことである。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

調査上の留意点

ここでいう「面接調査の直前に何をしていたか思い出す」こととは、「短期記憶」であり、面接調査直前または当日行ったことについて具体的に答えることができれば、「1. できる」を選択する。

上記の質問で確認が難しい場合は、「ペン」、「時計」、「視力確認表（調査対象者に対しては、紙または、手の絵などの平易な言い方をする）」を見せて、何があるか復唱をさせ、これから3つの物を見えないところにしまい、何がなくなったかを問うので覚えて置くように指示する。5分以上してからこれらの物のうち2つを提示し、提示されていないものについて答えられたかで選択する。

視覚的に把握できない場合は、3つの物を口頭で説明する等、調査対象者に質問の内容が伝わるように工夫する。

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

3-5 自分の名前を言う

1. できる
2. できない

調査項目の定義

「自分の名前をいう」能力を評価する項目である。

ここでいう「自分の名前をいう」とは、自分の姓もしくは名前のどちらかを答えることである。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

調査上の留意点

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

旧姓でも、「自分の名前をいう」ことができれば、「1. できる」を選択する。

3-6 今の季節を理解する

1. できる
2. できない

調査項目の定義

「今の季節を理解する」能力を評価する項目である。

ここでいう「今の季節を理解」とは、面接調査日の季節を答えることである。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、ほぼ正確な回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて正しく回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。回答の正誤が確認できない場合も含まれる。

調査上の留意点

旧暦での季節でも、「今の季節を理解する」ことができれば、「1. できる」を選択する。

季節に多少のずれがあってもよい（例えば、1月であれば「冬」あるいは「春の初め」と回答するなど）

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

3-7 場所の理解(自分がいる場所を答える)

1. できる 2. できない

調査項目の定義

「場所の理解」（自分がいる場所を答える）に関する能力を評価する項目である。

ここでいう「場所の理解」とは、「ここはどこですか」という質問に答えることである。

選択肢の選択基準

「1. できる」

- ・質問されたことについて、適切に回答ができる場合をいう。

「2. できない」

- ・質問されたことについて適切に回答できない、あるいは、まったく回答できない場合をいう。

調査上の留意点

所在地や施設名をたずねる質問ではない。質問に対して「施設」「自宅」などの区別がつけば

「1. できる」を選択する。

なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、

一定期間（調査日より概ね過去 1 週間）の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。

3-8 徘徊

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「徘徊」の頻度を評価する項目である。

ここでいう「徘徊」とは、歩き回る、車いすで動き回る、床やベッドの上で這い回る等、目的もなく動き回る行動のことである。

選択肢の選択基準

「1. ない」

- ・徘徊が、過去 1 か月間に 1 度も現れたことがない場合やほとんど月 1 回以上の頻度では現れない場合をいう。
- ・意識障害、寝たきり等の理由により、徘徊が起こりえない場合も含まれる。

「2. ときどきある」

- ・少なくとも 1 か月間に 1 回以上、1 週間に 1 回未満の頻度で現れる場合をいう。
- ・定義に示した行動のいずれか、1 つでもある場合も含まれる。

「3. ある」

- ・少なくとも 1 週間に 1 回以上の頻度で現れる場合をいう。
- ・定義に示した行動のいずれか、1 つでもある場合も含まれる。

調査上の留意点

重度の寝たきり状態であっても、ベッドの上で這い回るなど、目的もなく動き回る行動も含む。

3-9 外出すると戻れない

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「外出すると戻れない」行動の頻度を評価する項目である。

選択肢の選択基準

「1. ない」

- ・外出して一人で戻れないことが、過去1か月間に1度も現れたことがない場合やほとんど月1回以上の頻度では現れない場合をいう。
- ・意識障害、寝たきり等の理由により、外出が起こりえない場合も含まれる。

「2. ときどきある」

- ・少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいう。

「3. ある」

- ・少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

調査上の留意点

「外出すると戻れない」行動とは、外出だけでなく、居室や居住棟から出て自室や自宅に戻れなくなる行動も含む。

第4群 精神・行動障害

1. ない 2. ときどきある 3. ある

選択肢の選択基準

「1. ない」

- ・その問題となる行動が、過去1か月間に1度も現れたことがない場合やほとんど月1回以上の頻度では現れない場合をいう。
- ・意識障害、寝たきり等の理由により、その問題となる行動が現れる可能性がほとんどない場合も含まれる。

「2. ときどきある」

- ・少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいう。

「3. ある」

- ・少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

調査上の留意点

「精神・行動障害」とは、社会生活上、場面や目的からみて不適切な行動状況の頻度を評価する項目である。

ここでは行動が、過去1か月間（この間に環境が大きく変化した場合は、その変化後から調査日まで）の状況から、現在の環境でその行動が現れたかどうかに基づいて選択する。これらの行動に対して、特に周囲が対応をとっていない場合や介護の手間が発生していなくても、各項目に規定されている行動が現れている場合は、頻度に基づき選択する。

本項目は、実際の対応や介護の手間とは関係なく選択されるため、対象者への対応や介護の手間の状況については、特記事項に頻度とともに記載し、介護認定審査会の二次判定（介護の手間にかかる審査判定）の判断を仰ぐことが重要である。

また、基本調査項目の中には該当する項目が存在しないものの類似の行動またはその他の精神・行動障害などにより具体的な「介護の手間」が生じていることが聞き取りにより確認された場合は、類似または関連する項目の特記事項に、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載し、介護認定審査会の二次判定の判断を仰ぐことができる。

調査にあたっては、調査対象者や家族に不愉快な思いを抱かせないように質問に留意する必要がある。認定調査員が調査時に質問を工夫し、あるいは、「日頃の行動や介護上でなにか困ったことや問題がありますか」といった質問を糸口に、調査対象者の現在の感情の起伏、問題となる行動を具体的に聞き取り、該当する項目を選択してもよい。

一定期間の観察が必要であり一度で選択できない、又は、選択するために異なる職種の認定調査員による再度の調査が必要な場合等、やむを得ない事情がある時のみ2回目の調査を実施する。

その場合については、「特記事項」に具体的な状況を記入する。

調査対象者の状況（意識障害・性格等）、施設等による予防的な対策（昼夜逆転に対応するための睡眠薬の内服等）、治療の効果も含めて、選択肢に示された状況の有無で選択する。

4-1 物を盗られたなどと被害的になる

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「物を盗られたなどと被害的になる」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「物を盗られたなどと被害的になる」行動とは、実際は盗られていないものを盗られたという等、被害的な行動のことである。

調査上の留意点

「物を盗られた」ということだけでなく、「食べ物に毒が入っている」「自分の食事だけがない」等の被害的な行動も含む。

4-2 作話

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「作話」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「作話」行動とは、事実とは異なる話をするることである。

調査上の留意点

自分に都合のいいように事実と異なる話をすることも含む。

起こしてしまった失敗を取りつくろうためのありもしない話をすることも含む。

4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」行動とは、悲しみや不安などにより涙ぐむ、感情的にうめくなどの状況が不自然なほど持続したり、あるいはそぐわない場面や状況で突然笑い出す、怒り出す等、場面や目的からみて不適切な行動のことである。

調査上の留意点

元々感情の起伏が大きい等ではなく、場面や目的からみて不適當な行動があるかどうかで選択する。

4-4 昼夜の逆転がある

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「昼夜の逆転がある」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「昼夜の逆転がある」行動とは、夜間に何度も目覚めることがあり、そのために疲労や眠気があり日中に活動できない、もしくは昼と夜の生活が逆転し、通常、日中行われる行為を夜間行っているなどの状況をいう。

調査上の留意点

夜更かし（遅寝遅起き）など単なる生活習慣として、あるいは、蒸し暑くて寝苦しい、周囲の騒音で眠られない等の生活環境のために眠られない場合は該当しない。
夜間眠れない状態やトイレに行くための起床は含まない。

4-5 しつこく同じ話をする

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「しつこく同じ話をする」行動の頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

もともと、性格や生活習慣から、単に同じ話をするのではなく、場面や目的からみて不適當な行動があるかどうかで選択する。

4-6 大声をだす

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「大声をだす」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「大声をだす」行動とは、周囲に迷惑となるような大声をだす行動のことである。

調査上の留意点

もともと、性格的や生活習慣から日常会話で声大きい場合等ではなく、場面や目的からみて不適当な行動があるかどうかで選択する。

4-7 介護に抵抗する

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「介護に抵抗する」行動の頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

単に、助言しても従わない場合（言っても従わない場合）は含まない。

4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「『家に帰る』等と言い落ち着きがない」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「『家に帰る』等と言い落ち着きがない」行動とは、施設等で「家に帰る」と言ったり、自宅にいても自分の家であることがわからず「家に帰る」等と言って落ち着きがなくなる行動のことである。

「家に帰りたい」という意思表示と落ち着きのない状態の両方がある場合のみ該当する。

調査上の留意点

単に「家に帰りたい」と言うだけで、状態が落ち着いている場合は含まない。

4-9 一人で外に出たがり目が離せない

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「一人で外に出たがり目が離せない」行動の頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

環境上の工夫等で外に出ることがなかったり、または、歩けない場合等は含まない。

4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」行動とは、いわゆる収集癖の行動のことである。

調査上の留意点

昔からの性格や生活習慣等で、箱や包装紙等を集めたり等ではなく、明らかに周囲の状況に合致しない行動のことである。

4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「物を壊したり、衣類を破いたりする」行動の頻度を評価する項目である。

調査上の留意点

実際に物が壊れなくても、破壊しようとする行動がみられる場合は評価する。

壊れるものを周囲に置かないようにする、破れないようにする等の工夫により、「物を壊したり、衣類を破いたりする」行動がみられない場合は、「1. ない」を選択する。この場合予防的手段が講じられていない場合の状況、発生する介護の手間、頻度について特記事項に記載する。

明らかに周囲の状況に合致しない、物を捨てる行為も含む。

4-12 ひどい物忘れ

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「ひどい物忘れ」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「ひどい物忘れ」行動とは、認知症の有無や知的レベルは問わない。

この物忘れによって、何らかの行動が起こっているか、周囲の者が何らかの対応をとらなければならないような状況（火の不始末など）をいう。

調査上の留意点

電話の伝言をし忘れるといったような、単なる物忘れは含まない。

周囲の者が何らかの対応をとらなければならないような状況については、実際に対応がとられているかどうかは選択基準に含まれないが、具体的な対応の状況について特記事項に記載する。

ひどい物忘れがあっても、それに起因する行動が起きていない場合や、周囲の者が何らかの対応をとる必要がない場合は「1. ない」を選択する。

4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「意味もなく独り言や独り笑いをする」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「意味もなく独り言や独り笑いをする」行動とは、場面や状況とは無関係に（明らかに周囲の状況に合致しないにも関わらず）、独り言を言う、独り笑いをする等の行動が持続したり、あるいは突然にそれらの行動が現れたりすることである。

調査上の留意点

性格的な理由等で、独り言が多い等ではなく場面や目的からみて不適切な行動があるかどうかで選択する。

4-14 自分勝手に行動する

1. ない 2. ときどきある 3. ある

調査項目の定義

「自分勝手に行動する」頻度を評価する項目である。

ここでいう「自分勝手に行動する」とは、明らかに周囲の状況に合致しない自分勝手な行動をすることである。

調査上の留意点

いわゆる、性格的に「身勝手」「自己中心的」等のことではなく、場面や目的からみて不適当な行動があるかどうかで選択する。

4-15 話がまとまらず、会話にならない

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「話がまとまらず、会話にならない」行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「話がまとまらず、会話にならない」行動とは、話の内容に一貫性がない、話題を次々と変える、質問に対して全く無関係な話が続く等、会話が成立しない行動のことである。

調査上の留意点

いわゆる、もともとの性格や生活習慣等の理由から、会話が得意ではない（話下手）等のことではなく、明らかに周囲の状況に合致しない行動のことである。

5-1 薬の内服

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

調査項目の定義

「薬の内服」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「薬の内服」とは、薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる、飲み込む（水を飲む）という一連の行為のことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「薬の内服」の介助が行われていない場合をいう。
- ・視覚障害等があり、薬局が内服の時間・量を点字でわかるようにしており、内服は自分でできている場合は、「1. 介助されていない」を選択する。

「2. 一部介助」

- ・薬を飲む際の見守り、飲む量の指示等が行われている、あるいは、飲む薬や水を手元に用意する、オブラートに包む、介護者が分包する等、何らかの介助が行われている場合をいう。
- ・予め薬局で分包されている場合は含まない。

「3. 全介助」

- ・薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為に介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

薬の内服が適切でないなどのために飲む量の指示等の介助が行われている場合は「2. 一部介助」を選択する。

インスリン注射、塗り薬の塗布等、内服以外のものは含まない。

経管栄養（胃ろうを含む）などのチューブから内服薬を注入する場合も含む。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「薬があらかじめ分包されている場合」

薬があらかじめ薬局で分包されている場合は含まない。家族が行う場合は、介助の方法で選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

薬の内服がない（処方されていない）場合は、薬剤が処方された場合を想定し、適切な介助の方法を選択した上で、そのように判断できる具体的な事実を特記事項に記載する。

「実際の介助の方法」が不適切な場合

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

5-2 金銭の管理

1. 介助されていない
2. 一部介助
3. 全介助

調査項目の定義

「金銭の管理」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「金銭の管理」とは、自分の所持金の支出入の把握、管理、出し入れする金額の計算等の一連の行為である。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「金銭の管理」の介助が行われていない場合をいう。
- ・ 自分の所持金（預金通帳等）の支出入の把握や管理を自分でやっている、出し入れする金額の計算を介助なしに自分でやっている場合をいう。

「2. 一部介助」

- ・ 金銭の管理に何らかの介助が行われている、あるいは、小遣い銭として少額のみ自己管理している場合をいう。
- ・ 介護者が確認する場合も含まれる。

「3. 全介助」

- ・ 「金銭の管理」の全てに介助が行われている場合をいう。
- ・ 認知症等のため金銭の計算ができず、支払いが発生した際に、介護者が財布にあらかじめ準備しておいたお金の出し入れのみ行う場合には、「3. 全介助」を選択する。

調査上の留意点

銀行に行き出入金を行う等、金銭の出し入れは含まない。

手元に現金等を所持していない場合でも、年金、預貯金、各種給付（老齢福祉年金・生活保護）等の管理の状況で選択する。

「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

5-3 日常の意思決定

1. できる（特別な場合でもできる）
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

調査項目の定義

「日常の意思決定」の能力を評価する項目である。

ここでいう「日常の意思決定」とは、毎日の暮らしにおける活動に関して意思決定できる能力をいう。

選択肢の選択基準

「1. できる（特別な場合でもできる）」

- ・ 常時、あらゆる場面で意思決定ができる。

「2. 特別な場合を除いてできる」

- ・ 慣れ親しんだ日常生活状況のもとでは、見たいテレビ番組やその日の献立、着る服の選択等に関する意思決定はできるが、ケアプランの作成への参加、ケアの方法・治療方針への合意等には、指示や支援を必要とする。

「3. 日常的に困難」

- ・ 慣れ親しんだ日常生活状況のもとでも、意思決定がほとんどできないが、見たいテレビ番組やその日の献立、着る服の選択等に関する意思決定をすることがある。

「4. できない」

- ・ 意思決定が全くできない、あるいは、意思決定ができるかどうか分からない場合等をいう。

調査上の留意点

特別な場合の意思決定においては、冠婚葬祭式事、町内会行事等への参加を本人自身が検討しているかについてたずねてもよい。

「日常の意思決定」は能力を問う項目であるが、申請者の日常的な状態を頻度の観点から把握する項目であることから、他の能力を問う項目とは異なり、調査日の状況に加え、調査対象者及び介護者等から聞き取りした日頃の状況から選択を行い、調査日の状況と日頃の状況の両者の特記事項に記載する。

5-4 集団への不適應

1. ない
2. ときどきある
3. ある

調査項目の定義

「集団への不適應」の行動の頻度を評価する項目である。

ここでいう「集団への不適應」の行動とは、家族以外の他者の集まりに参加することを強く拒否したり、適應できない等、明らかに周囲の状況に合致しない行動のことである。

選択肢の選択基準

「1. ない」

- ・ 集団への不適應が、(過去に1回以上あったとしても) 過去1か月間に1度も現れたことがない場合や月1回以上の頻度では現れない場合をいう。
- ・ 意識障害、寝たきり等の理由により集団活動に参加する可能性がほとんどない場合も含まれる。

「2. ときどきある」

- ・ 少なくとも1か月間に1回以上、1週間に1回未満の頻度で現れる場合をいう。

「3. ある」

- ・ 少なくとも1週間に1回以上の頻度で現れる場合をいう。

調査上の留意点

いわゆる、性格や生活習慣等の理由から、家族以外の他者の集まりに入ることが好きではない、得意ではない等のことではなく、明らかに周囲の状況に合致しない行動のことである。

5-5 買い物

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「買い物」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「買い物」とは、食材、消耗品等の日用品を選び（必要な場合は陳列棚から商品を取り）、代金を支払うことである。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・「買い物」の介助が行われていない場合をいう。
- ・食材等の日用品を選び、代金を支払うことを介助なしで行っている場合をいう。
- ・店舗等に自分で電話をして注文をして、自宅へ届けてもらう場合も含む。

「2. 見守り等」

- ・買い物に必要な行為への「確認」「指示」「声かけ」のことである。

「3. 一部介助」

- ・陳列棚から取る、代金を支払う等、「買い物」の行為の一部に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・「買い物」の全てに介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

店舗等までの移動、及び店舗内での移動については含まない。

店舗等に自分でインターネットや電話をして注文をして、自宅へ届けてもらうことは「買い物」をしていることに含む。

家族やヘルパー等に買い物を依頼する場合は、「買い物の依頼」、「買い物を頼んだ人への支払い」も含めた一連の行為に対して介助が行われているかどうかで選択する。

本人が自分で購入したものを、介護者が精算、返品等の介助を行っている場合は「3. 一部介助」を選択する。

施設入所者や在宅で寝たきり等の方の買い物については、施設や家族が代行して買い物を行っている場合は、介助されていると考える。この場合、当該買い物そのものが過去概ね1週間以内に行われている必要はない。

ベッド上から買ってきてほしいものを指示し、物品の手配のみを施設職員が行っている場合は、「3. 一部介助」を選択する。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

5-6 簡単な調理

1. 介助されていない
2. 見守り等
3. 一部介助
4. 全介助

調査項目の定義

「簡単な調理」の介助が行われているかどうかを評価する項目である。

ここでいう「簡単な調理」とは、「炊飯」、「弁当、惣菜、レトルト食品、冷凍食品の加熱」、「即席めんの調理」をいう。

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

選択肢の選択基準

「1. 介助されていない」

- ・ 「簡単な調理」の介助が行われていない場合をいう。

「2. 見守り等」

- ・ 「確認」「指示」「声かけ」等が行われていることをいう。

「3. 一部介助」

- ・ 「簡単な調理」の行為の一部に介助が行われている場合をいう。

「4. 全介助」

- ・ 「簡単な調理」の全てに介助が行われている場合をいう。

調査上の留意点

配下膳、後片付けは含まない。

食材の買い物については含まない。

お茶、コーヒー等の準備は含まない。

施設等でこれらの行為がすべて施設職員によって代行されている場合は、施設職員による対応

の状況について選択する。また、家族の食事と一緒に調理が行われている場合も、家族の調理の状況に基づき選択する。

「調査対象の行為自体が発生しない場合」

経管栄養で調理の必要のない流動食のみを投与されている場合は、「簡単な調理」に対する介助は行われていないため、「1. 介助されていない」を選択する。ただし、流動食のあたためなどを行っている場合は、「レトルト食品の加熱」に該当するとして、介助の方法を評価する。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって介助の方法が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

「「実際の介助の方法」が不適切な場合」

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とであると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができる。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

過去 14 日間にうけた特別な医療について

【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
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）

調査項目の定義と選択肢の選択基準等

「過去 14 日間にうけた特別な医療の有無」を評価する項目である。

ここでいう「特別な医療」とは、医師、または、医師の指示に基づき看護師等によって実施される医療行為に限定される。サービスを提供する機関の種類は問わず、医師の指示が過去 14 日以内に行われているかどうかも問わない。

家族、介護職種の行う類似の行為は含まない

継続して実施されているもののみを対象とし、急性疾患への対応で一時的に実施される医療行為は含まない。

したがって、調査の時点で、医師の診断により処置が終了、完治している場合は、過去 14 日間に処置をしていても、継続して行われていないため該当しない。

これらの行為は意思疎通がとれない在宅の調査対象者の場合は、聞き取りのできる家族等の介護者に同席してもらうことが望ましい。

調査対象者、家族、又は介護者から情報を得ることとし、医療機関に記載内容を確認することは守秘義務の問題及び治療上の必要から治療内容について告知を行っていない場合があるため適切ではない。

なお「特別な医療」が定義に即して実施されていることを介護認定審査会委員が検討できるようにするため「実施頻度／継続性」、「実施者」、「当該医療行為を必要とする理由」について特記事項に記載すること。

「1. 点滴の管理」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「点滴の管理の有無」を評価する項目である。
ここでいう「点滴の管理」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。急性期の治療を目的とした点滴は含まない。

調査上の留意点

点滴の針が留置されているが、現在点滴は行われていない場合であっても、必要に応じて点滴が開始できる体制があれば該当する。

「8. 疼痛の看護」で点滴が用いられ、本項目の定義に従って管理がなされている場合は、両方とも該当する。

「2. 中心静脈栄養」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「中心静脈栄養の有無」を評価する項目である。
ここでいう「中心静脈栄養」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

現在、栄養分が供給されていなくても、必要に応じて中心静脈栄養が供給できる体制にある場合も含む。

経口摂取が一部可能である者であっても、中心静脈栄養が行われている場合も含む。

「3. 透析」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「透析の有無」を評価する項目である。
ここでいう「透析」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

透析の方法や種類を問わない。

「4. ストーマ（人工肛門）の処置」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「ストーマ（人工肛門）の処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「ストーマ（人工肛門）の処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

「ストーマ（人工肛門）の処置」については、人工肛門が造設されている者に対して消毒、バッグの取り替え等の処置が行われているかどうかを評価する。

「5. 酸素療法」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「酸素療法の有無」を評価する項目である。

ここでいう「酸素療法」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

呼吸器、循環器疾患等により酸素療法が行われているかを評価する項目である。
実施場所は問わない。

「6. レスピレーター（人工呼吸器）」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「レスピレーター（人工呼吸器）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「レスピレーター（人工呼吸器）」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

経口・経鼻・気管切開の有無や、機種は問わない。

「7. 気管切開の処置」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「気管切開の処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「気管切開の処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

気管切開が行われている者に対して、カニューレの交換、開口部の消毒、ガーゼ交換、開口部からの喀痰吸引などの処置が行われているかどうかを評価する。

「8. 疼痛の看護」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「疼痛の看護の有無」を評価する項目である。

ここでいう「疼痛の看護」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

疼痛の看護において想定される疼痛の範囲は、がん末期のペインコントロールに相当するひどい痛みであり、これらの病態に対し鎮痛薬の点滴、硬膜外持続注入、座薬、貼付型経皮吸収剤、注射が行われている場合とする。

整形外科医の指示で、理学療法士の行う痛みのための電気治療については該当しない。

一般的な腰痛、関節痛などの痛み止めの注射や湿布等も該当しない。

さする、マッサージする、声かけを行う等の行為も該当しない。

痛み止めの内服治療は該当しない。

「9. 経管栄養」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「経管栄養の有無」を評価する項目である。

ここでいう「経管栄養」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

経口、経鼻、胃ろうであるかは問わない。

また、管が留置されている必要はなく、一部経口摂取が可能である場合であっても、経管栄養が行われている場合も含む。

「経管栄養」については、栄養の摂取方法として、経管栄養が行われているかどうかを評価する項目のため、栄養は中心静脈栄養で摂取し、投薬目的で胃管が留置されている場合は該当しない。

「10. モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

血圧、心拍、心電図、呼吸数、酸素飽和度のいずれか一項目以上について、24 時間にわたってモニターを体につけた状態で継続的に測定されているかどうかを評価する。

ただし、血圧測定の頻度は 1 時間に 1 回以上のものに限る。

「11. じょくそうの処置」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「じょくそうの処置の有無」を評価する項目である。

ここでいう「じょくそうの処置」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

じょくそうの大きさや程度は問わない。

「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）」

調査項目の定義

「過去 14 日間にうけた特別な医療」の中の「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）の有無」を評価する項目である。

ここでいう「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）」とは、医師の指示に基づき、過去 14 日以内に看護師等によって実施された行為のみとする。

調査上の留意点

コンドームカテーテル、留置カテーテルの使用、もしくは間欠導尿等、尿の排泄のためのカテーテルが使用されており、その管理が看護師等によって行われているかどうかで選択する。

腎ろうについては、その管理を看護師等が行っている場合に該当する。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

判定の基準

調査対象者について、調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、全く障害等を有しない者については、自立に○をつけること。

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

判定にあたっての留意事項

この判定基準は、地域や施設等の現場において、保健師等が何らかの障害を有する高齢者の日常生活自立度を客観的かつ短時間に判定することを目的として作成したものである。

判定に際しては「～をすることができる」といった「能力」の評価ではなく「状態」、特に『移動』に関わる状態像に着目して、日常生活の自立の程度を4段階にランク分けすることで評価するものとする。なお、本基準においては何ら障害を持たない、いわゆる健常高齢者は対象としていない。

4段階の各ランクに関する留意点は以下のとおりである。

「朝昼夜等の時間帯や体調等によって能力の程度が異なる場合」

一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択する。

その場合、その日頃の状況等について、具体的な内容を「特記事項」に記載する。

【ランクJ】

何らかの身体的障害等を有するが、日常生活はほぼ自立し、一人で外出する者が該当する。なお”障害等”とは、疾病や傷害及びそれらの後遺症あるいは老衰により生じた身体機能の低下をいう。

J-1はバス、電車等の公共交通機関を利用して積極的にまた、かなり遠くまで外出する場合が該当する。

J-2は隣近所への買い物や老人会等への参加等、町内の距離程度の範囲までなら外出する場合が該当する。

【ランクA】

「準寝たきり」に分類され、「寝たきり予備軍」ともいうべきグループであり、いわゆる house-bound に相当する。屋内での日常生活活動のうち食事、排泄、着替に関しては概ね自分で行い、留守番等をするが、近所に外出するときは介護者の援助を必要とする場合が該当する。

なお”ベッドから離れている”とは”離床”のことであり、ふとん使用の場合も含まれるが、ベッドの使用は本人にとっても介護者にとっても有用であり普及が図られているところでもあるので、奨励的意味からベッドという表現を使用した。

A-1は寝たり起きたりはしているものの食事、排泄、着替時はもとより、その他の日中時間帯もベッドから離れている時間が長く、介護者がいればその介助のもと、比較的多く外出する場合が該当する。

A-2は日中時間帯、寝たり起きたりの状態にはあるもののベッドから離れている時間の方が長い、介護者がいてもまれにしか外出しない場合が該当する。

【ランクB】

「寝たきり」に分類されるグループであり、いわゆる chair-bound に相当する。B-1とB-2とは座位を保つことを自力で行うか介助を必要とするかどうかで区分する。日常生活活動のうち、食事、排泄、着替のいずれかにおいては、部分的に介護者の援助を必要とし、1日の大半をベッドの上で過ごす場合が該当する。排泄に関しては、夜間のみ”おむつ”をつける場合には、介助を要するものとはみなさない。なお、”車いす”は一般のいすや、ポータブルトイレ等で読み替えても差し支えない。

B-1は介助なしに車いすに移乗し食事も排泄もベッドから離れて行う場合が該当する。

B-2は介助のもと、車いすに移乗し、食事または排泄に関しても、介護者の援助を必要とする。

【ランクC】

ランクBと同様、「寝たきり」に分類されるが、ランクBより障害の程度が重い者のグループであり、いわゆる bed-bound に相当する。日常生活活動の食事、排泄、着替のいずれにおいても介護者の援助を全面的に必要とし、1日中ベッドの上で過ごす。

C-1はベッドの上で常時臥床しているが、自力で寝返りをうち体位を変える場合が該当する。

C-2は自力で寝返りをうつこともなく、ベッド上で常時臥床している場合が該当する。

認知症高齢者の日常生活自立度

判定の基準

調査対象者について、訪問調査時の様子から下記の判定基準を参考に該当するものに○印をつけること。

なお、まったく認知症を有しない者については、自立に○印をつけること。

【参考】

ラ ン ク	判 断 基 準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

判定にあたっての留意事項

認定調査項目に含まれていない認知症に関連する症状のうち、「幻視・幻聴」、「暴言・暴行」、「不潔行為」、「異食行動」等については、関連する項目の特記事項に記載するか、認知症高齢者の日常生活自立度の特記事項に記載すること。また、「火の不始末」は、「4-12 ひどい物忘れ」で評価されるので適切な選択肢を選び、特記事項に具体的な状況を記載する。

主治医意見書記入の手引き

I 介護保険制度における主治医意見書について

1 主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書は、この規定に基づき、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入するものであり、その様式等については全国で一律のものを使用することとします。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、審査判定に用いられる資料である主治医意見書の役割は極めて大きいものです。

介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記入してください。

2 主治医意見書の具体的な利用方法

主治医意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

- (1) 第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかの確認

申請者が40歳以上65歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上又は精神上の生活機能低下が政令で定められた16疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、主治医意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。

従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本主治医意見書内に記入してください。

(2) 介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する 74 項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入してください。

(3) 状態の維持・改善可能性の評価（状態の維持・改善に係る審査判定）

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援 2」「要介護 1」「要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援 2」「要介護 1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援 2」と判定することとなります。

(4) 認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査員による認定調査は、通常は 1 回の審査に対して 1 回行うこととされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

(5) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画作成の際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

II 記入に際しての留意事項

1 記入者

主治医意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

2. 記入方法

主治医意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また口にレ印をつけてください。

III 記入マニュアル

0. 基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。

性別については、該当する口にレ印をつけてください。

生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。

住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

主治医として主治医意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「同意する」に、同意しない場合には「同意しない」にレ印をつけてください。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本主治医意見書が提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。氏名にもゴム印等を用いる場合は、押印してください。

(1) 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

(2) 主治医意見書作成回数

申請者について主治医意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、2回目以降の場合は「□2回目以上」にレ印をつけてください。

(3) 他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。主治医意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の()内に診療科名を記入してください。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

「1.」の傷病名には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能^(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. 特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添3の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「(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」に記入してください。

※： 生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ADL（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々な影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	がん (がん末期)	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの。 注） ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
2	関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	後縦韌帯骨化症	靭帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
5	骨折を伴う骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頸部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
6	初老期における認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等）	アルツハイマー病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れて、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れて、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。 血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。 レビー小体病 … 進行性の認知症。リアルな幻視体験が特徴。パーキンソン症状が先行する事もあり、薬物治療で効果が得られる場合がある。
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）	臨床的に、これら三疾患にはパーキンソン症状が共通に認められる。すなわち、筋肉のこわばり（筋固縮）、ふるえ（振戦）、動作緩慢（無動）、突進現象（姿勢反射障害）などのうちのいくつかを認めるものである。 ① パーキンソン病は、パーキンソン症状を中心とし、薬剤などの治療効果が高いものが多い ② 進行性核上性麻痺は、異常な姿勢（頸部を後屈させ、顎が上がる）や、垂直方向の眼球運動障害（下方を見にくい）といった多彩な症状を示す ③ 大脳皮質基底核変性症は、パーキンソン症状と大脳皮質症状（手が思うように使えないなど）が同時にみられる など、症状や病状の進行に差が見られる。①振戦 ②筋強剛（固縮） ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状（自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等）
8	脊髄小脳変性症	初発症状は歩行のふらつき（歩行失調）が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。
9	脊柱管狭窄症	腰部脊柱管狭窄症 … 腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。 頸部脊柱管狭窄症 … 両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。
10	早老症（ウェルナー症候群等）	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。

11	多系統萎縮症	多系統萎縮症（MSA）は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせて呈する疾患である。 自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリブ橋小脳萎縮症」とする。MRIなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症 … 糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症 … 主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症によると手遅れになりやすい。 糖尿病性神経障害 … 下肢のしびれ、痛み等を認める。
13	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	脳出血 … 発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 脳梗塞 … 発症状況と経過は、アテローム血栓症脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。 注) 高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。
14	閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状—下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死 等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
15	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)	肺気腫 … ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 慢性気管支炎 … 喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。 気管支喘息 … 発作性の呼吸困難、喘鳴、咳（特に夜間・早朝）が、症状がない時期をはさんで反復する。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。 びまん性汎細気管支炎 … 呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。

(東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き。東京都医師会雑誌，51（9）：1763-1821,1999 を一部改変)

(2) 症状としての安定性

上記(1)で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。記載欄が不足する場合は「(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」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

(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

上記「(1) 1. 診断名」に記入した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について要点を簡潔に記入してください。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性がある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。(ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。)

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

2. 特別な医療

申請者が過去14日間に受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為(医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む)について該当する口にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族/本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、12項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する口にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□Mにレ印をつけ、「1.(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」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。

M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。
---	---	---	---

(2) 認知症の中核症状

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する口にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印をつけてください。

短期記憶

例えば、身近にある3つのものを見せて、一旦それをしまい、5分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「問題なし」に、覚えていないような場合には「問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日すべきことに対して予定を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

(3) 認知症の周辺症状

申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する口にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する口のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記入してください。

なお、認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印をつけてください。

幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。 幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	発語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。
不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。
性的問題行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

(4) その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば、「口有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「口有」にレ印をつけ（ ）内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

失語	正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表象の理解・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官（咽頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。

傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記憶力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。
失認	局在性の脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随機的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の脳病変で起こる後天性の行為障害。

（５）身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の口にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去６ヶ月程度における体重の変化について、３％程度の増減を目途に、該当する口にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば口にレ印をつけてください。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の口にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いします。

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態
失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変に

	よって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫及びずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含まれます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含まれます。
介護があればしている	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含まれます。
していない	屋外歩行をしていない状態。歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含まれます。

用いていない	全く使用していない状態
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。 主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含まれます。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含みます。

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印を

つけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の口にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含みますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけは使っている場合も含みます。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含みます。
屋内で使用	日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含みます。

（２）栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について（ ）内に記入してください。

良好	①過去6ヶ月程度の体重の維持（概ね3%未満）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²))18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の3項目全てが該当する状態。
----	---

	上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以上）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などが無い状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の3項目のうち1つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以下）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

(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

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する口にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する口にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。

訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問

	して看護を行うことをいう。 なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
看護職員の訪問による相談・支援	医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものをいう。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話をを行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。
訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、() 内に具体的な留意事項を記載してください。また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の() 内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、（ ）内に具体的に記載してください。

（7）感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を（ ）内に記入してください。

5. 特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

なお、平成21年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに、介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員の方に、できるだけ見たままを選んでいただき、介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとしました。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容についても記載してください。

特定疾病にかかる診断基準

特定疾病にかかる診断基準について

介護保険制度において、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上的の障害が、介護保険施行令（平成10年政令第412号）第2条で定める16の疾病（特定疾病）によることが要件とされているところである。

特定疾病に該当するか否かは、主治医意見書の記載内容に基づき、市町村等に置かれる介護認定審査会が確認を行う。

本診断基準は、主治医意見書の記載にあたって、当該申請者が特定疾病に該当するかどうかについての基準を示したものである。

ここで示した基準は、特定疾患に該当するものについては、その基準を活用することとし、その他の疾患についても学会等で作成され専門家の評価を得ているものを利用している。

第2号被保険者に関する意見書記載にあたっては、本診断基準を参照して主治医意見書の「1. 傷病に関する意見（1）診断名 1.」欄に、介護を要する生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名、また「（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」に診断上の根拠となる主な所見について記入されたい。

なお、意見書記載にあたっては、必ずしも、新たに診察・検査等を行う必要はなく、過去の診療録等を参考に記載することで差し支えないことを申し添える。

目 次

1. がん【がん末期】

(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

2. 関節リウマチ

3. 筋萎縮性側索硬化症

4. 後縦靭帯骨化症

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

6. 初老期における認知症

7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病

【パーキンソン病関連疾患】

8. 脊髄小脳変性症

9. 脊柱管狭窄症

10. 早老症

11. 多系統萎縮症

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

13. 脳血管疾患

14. 閉塞性動脈硬化症

15. 慢性閉塞性肺疾患

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

1. がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

③転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの

② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準：

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

2. 関節リウマチ

自他覚症状5項目及び臨床検査2項目の7項目中、少なくとも4項目を満たすものをいう。
なお、自他覚症状の項目 a. ～ d. は少なくとも6週間以上存在しなければならない。

(1) 自他覚症状

- a. 朝のこわばり持続時間（少なくとも1時間以上）
- b. 同時に3ヶ所以上の関節腫脹あるいは関節液貯留
- c. 手首、中手指節間関節（MCP）、近位指節間関節（PIP）のなかで少なくとも1ヶ所以上の関節腫脹
- d. 同時に両側の同一部位での関節炎
- e. リウマトイド皮下結節

(2) 臨床検査

- a. 血清リウマトイド因子陽性
- b. X線所見：手首、MCP、PIP 関節に骨びらんあるいはオステオポロシス像

(3) 鑑別診断

- a. 五十肩、腱・腱鞘炎
- b. 痛風、仮性痛風
- c. 全身性エリトマトーデス、強皮症などの膠原病
- d. ベーチェット病、シェーグレン症候群、潰瘍性大腸炎、サルコイドーシス
- e. 変形性関節症
- f. 結核性関節炎

参考にした診断基準：

厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

3. 筋萎縮性側索硬化症

1) 主要項目

(1) 以下の①－④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。

- ① 成人発症である。
- ② 経過は進行性である。
- ③ 神経所見・検査所見で、下記の1か2のいずれかを満たす。

身体を、a. 脳神経領域、b. 頸部・上肢領域、c. 体幹領域（胸髄領域）、d. 腰部・下肢領域の4領域に分ける（領域の分け方は、2 参考事項を参照）。

下位運動ニューロン徴候は、(2) 針筋電図所見（①又は②）でも代用できる。

- 1. 1つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候をみとめ、かつ2つ以上の領域に下位運動ニューロン徴候がある。
- 2. SOD1 遺伝子変異など既知の家族性筋萎縮性側索硬化症に關与する遺伝子異常があり、身体の1領域以上に上位及び下位運動ニューロン徴候がある。

- ④ (3) 鑑別診断で挙げられた疾患のいずれでもない。

(2) 針筋電図所見

- ① 進行性脱神経所見：線維性収縮電位、陽性鋭波など。
- ② 慢性脱神経所見：長持続時間、多相性電位、高振幅の大運動単位電位など。

(3) 鑑別診断

- ① 脳幹・脊髄疾患：腫瘍、多発性硬化症、頸椎症、後縦靭帯骨化症など。
- ② 末梢神経疾患：多巣性運動ニューロパチー、遺伝性ニューロパチーなど。
- ③ 筋疾患：筋ジストロフィー、多発筋炎など。
- ④ 下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：脊髄性進行性筋萎縮症など。
- ⑤ 上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：原発性側索硬化症など。

2) 参考事項

- (1) SOD1 遺伝子異常例以外にも遺伝性を示す例がある。
- (2) 稀に初期から認知症を伴うことがある。
- (3) 感覚障害、膀胱直腸障害、小脳症状を欠く。ただし一部の例でこれらが認められることがある。
- (4) 下肢から発症する場合は早期から下肢の腱反射が低下、消失することがある。
- (5) 身体の領域の分け方と上位・下位ニューロン徴候は以下のようなものである。

	a. 脳神経領域	b. 頸部・上肢領域	c. 体幹領域 (胸随領域)	d. 腰部・下肢領域
上位運動ニューロン 徴候	下顎反射亢進 口尖らし反射亢進 偽性球麻痺 強制泣き・笑い	上肢腱反射亢進 ホフマン反射亢進 上肢痙縮 萎縮筋の腱反射残存	腹壁皮膚反射消失 体幹部腱反射亢進	下肢腱反射亢進 下肢痙縮 バビンスキー徴候 萎縮筋の腱反射残存
下位運動ニューロン 徴候	顎、顔面 舌、咽・喉頭	頸部、上肢帯、 上腕	胸腹部、背部	腰帯、大腿、 下腿、足

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

4. 後縦靭帯骨化症

(1) 自覚症状ならびに身体所見

- a. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、知覚障害
- b. 四肢・躯幹の運動障害
- c. 膀胱直腸障害
- d. 脊柱の可動域制限
- e. 四肢の腱反射亢進
- f. 四肢の病的反射

(2) 血液・生化学検査所見

一般に異常を認めない。

(3) 画像所見

a. 単純X線

後縦靭帯骨化は側面像で椎体後縁に並行する骨化像として認められ、4型に分類される。黄色靭帯骨化は椎弓間に観察される。

b. CT

靭帯骨化の脊柱管内の拡がりや横断面での骨化の形態は、CTによりとらえられる。

c. MRI

靭帯骨化による脊髄の圧迫病態を見るには、MRIが有用である。

(4) 診断

脊椎X線像所見に加え、1に示した自覚症状並びに身体所見が認められ、それが靭帯骨化と因果関係があるとされる場合、本症と診断する。

(5) 鑑別診断

後縦靭帯骨化症に類似した症状又は徴候を呈するために鑑別診断上注意を要する疾患として次のものがある。強直性脊椎炎、変形性脊椎症、強直性脊椎骨増殖症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、脊柱奇形、脊椎・脊髄腫瘍、運動ニューロン疾患、痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）、多発性神経炎、脊髄炎、末梢神経障害、筋疾患、脊髄小脳変性症、脳血管障害、その他。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭帯骨化症調査研究班）による診断基準

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

(1) 骨粗鬆症の診断

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患又は続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

I. 脆弱性骨折（注1）あり

II. 脆弱性骨折なし

	骨密度値	脊椎X線像での骨粗鬆化
正常	YAMの80%以上	なし
骨量減少	YAMの70%以上80%未満	疑いあり
骨粗鬆症	YAMの70%未満	あり

YAM：若年成人平均値（20歳～44歳）

注1 脆弱性骨折：低骨量（骨密度がYAMの80%未満、あるいは脊椎X線像で骨粗鬆化がある場合）が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他。

注2 骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第2中手骨、踵骨の骨密度を用いる。

注3 脊椎X線像での骨粗鬆症の評価は、従前の骨萎縮度判定基準を参考にして行う。

脊椎X線像での骨粗鬆化	従来骨萎縮度判定基準
なし	骨萎縮なし
疑いあり	骨萎縮度Ⅰ度
あり	骨萎縮度Ⅱ度以上

(2) 骨折の診断

症状及びX線所見による。

参考にした診断基準：

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準（2000年度改訂版）

6. 初老期における認知症

「アメリカ合衆国精神医学会作成 精神疾患の分類と診断の手引き 第4版（DSM-IV-TR）」による基本的な診断基準を満たすものであって、以下の疾病によるものを除く。

1. 外傷性疾患
頭部外傷、硬膜下血腫など
2. 中毒性疾患
有機溶剤、金属、アルコールなど
3. 内分泌疾患
甲状腺機能低下症、Cushing 病、Addison 病など
4. 栄養障害
ビタミンB12 欠乏症、ペラグラ脳症など

診断基準

- (1) 以下の a. 及び b. の両者による多彩な認知欠損の発現が認められること。
 - a. 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）
 - b. 以下の認知障害の一つ（又はそれ以上）
 - ア. 失語（言語の障害）
 - イ. 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）
 - ウ. 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず、対象を認識又は同定できないこと）
 - エ. 実行機能（すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害
- (2) (1) の a. 及び b. の認知欠損は、その各々が、社会的又は職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示すこと。
- (3) その欠損はせん妄の経過中にのみ現れるものではないこと。

参考にした診断基準：

精神疾患の分類と診断の手引き 第4版（DSM-IV-TR）（アメリカ合衆国精神医学会作成）

7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 【パーキンソン病関連疾患】

1. 進行性核上性麻痺

主要項目

(1) 40歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。

(2) 主要症候

- ① 垂直性核上性眼球運動障害（初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる）
- ② 発症早期（概ね1-2年以内）から姿勢の不安定さや易転倒性（すくみ足、立直り反射障害、突進現象）が目立つ。
- ③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。

(3) その他の症候

- ① 進行性の構音障害や嚥下障害
- ② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害（思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする）

(4) 画像所見（CTあるいはMRI）

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。

(5) 除外項目

- ① L-DOPAが著効（パーキンソン病の除外）
- ② 初期から高度の自律神経障害の存在（多系統萎縮症の除外）
- ③ 顕著な多発ニューロパチー（末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外）
- ④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在（大脳皮質基底核変性症の除外）
- ⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患

(6) 判定

次の3条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

- ① (1) を満たす。
- ② (2) の2項目以上がある、あるいは(2)の1項目及び(3)の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

参考事項

進行性核上性麻痺は、核上性注視障害、姿勢反射障害による易転倒性が目立つパーキンソニズム、及び認知症を主症状とする慢性進行性の神経変性疾患である。神経病理学的には、中脳と大脳基底核に萎縮、神経細胞脱落、神経原線維変化、グリア細胞内封入体が発見される。

初発症状はパーキンソン病に似るが、安静時振戦は稀で、歩行時の易転倒性、すくみ足、姿勢反射障害が目立つ。進行するにつれて、頸部の後屈と反り返った姿勢、垂直性核上性眼球運動障害（初期には眼球運動の随意的上下方向運動が遅くなり、ついには下方視ができなくなる）、構音障害や嚥下障害、想起障害と思考の緩慢を特徴とする認知症や注意力低下が発見される。徐々に歩行不能、立位保持不能となって、寝たきりになる。

抗パーキンソン病薬への反応は不良である。一時的に抗うつ薬やドロキシドパで症状が改善することがある。

非定型例として「純粹無動症」と呼ばれる病型があり、パーキンソン病に似て、歩行障害、すくみ足、易転倒性を特徴とするが、筋強剛や振戦を欠く。眼球運動障害も末期になるまで出現しないことが多い。

2. 大脳皮質基底核変性症

主要項目

(1) 中年期以降に発症し緩徐に進行する。

(2) 失行あるいはその他の大脳皮質徴候

- ① 肢節運動失行があり、左右差が目立つ。
- ② 肢節運動失行が明瞭でなくても、皮質性感覚障害、把握反応、「他人の手」徴候、反射性ミオクローヌスのいずれがあり、左右差が目立つ。
- ③ 観念運動失行が肢節運動失行よりも顕著な場合は、左右差は目立たないことが多い。
- ④ その他の認知機能障害として、稀に、認知症、異常行動、注意障害、失語などが早期から目立つ例がある。

(3) 錐体外路徴候

- ① パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）：障害は下肢よりも上肢に目立つことが多い。
- ② ジストニー

(4) その他の神経症状

- ① 偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）
- ② 尿失禁

(5) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の障害（大脳半球の萎縮又は血流低下）は診断において、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性に異常所見が出現する例もあるので、診断上必須所見とはしない。

(6) 除外すべき疾患

- ① パーキンソン病
- ② 進行性核上性麻痺
- ③ 多系統萎縮症（特に線条体黒質変性症）
- ④ 薬剤、脳炎、脳血管障害、外傷など
- ⑤ 類似症状を呈するその他の疾患

(7) 判定

次の3条件を満たすものを皮質基底核変性症と診断する。

- ① (1) を満たす。
- ② (2) の1項目以上、及び(3) の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

注：なお、必須ではないが、画像所見によって他の疾患を除外し、一側性優位性の障害を確認する事が望ましい。

参考所見

大脳皮質基底核変性症（CBD）は、一側優位性が目立つ大脳半球萎縮及び基底核変性を生じる神経変性疾患で、特有の大脳皮質症状と運動障害を呈する。

(1) 臨床的には、以下の所見がみられる。

- ① 中年期以降に発病し緩徐に進行する。
- ② 大脳皮質症状として、前頭・頭頂葉症状が見られる。最も頻度が高く特徴的な症状は肢節運動失行で、この他に観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候、反射性ミオクローヌスなどが出現する。
- ③ 錐体外路症状として、パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）、ジストニーなどが出現する。症状は下肢よりも上肢のほうが顕著なことが多い。
- ④ 上記神経症状には、病初期から顕著な一側優位性がみられることが多い。
- ⑤ 注意障害、認知症、異常行動のような精神症状は、通常、運動症状よりも遅れて出現する。
- ⑥ 歩行障害、偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）などが早期から出現するために、進行性核上性麻痺と鑑別困難な症例がある。

(2) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の大脳半球萎縮又は血流低下を認めた場合には、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性の異常を認め

る例もあるので、診断上必須所見とはしない。

(3) 薬物等への反応

L-DOPAや他の抗パーキンソン病薬への反応は不良である。抗うつ薬、ドレキシドパ、経頭蓋磁気刺激などが試みられているが、効果はあっても一時的である。

(4) 病理学的所見

前頭・頭頂葉に目立つ大脳皮質萎縮が認められ、黒質の色素は減少している。顕微鏡的には皮質、皮質下、脳幹の諸核（視床、淡蒼球、線条体、視床下核、黒質、中脳被蓋など）に神経細胞減少とグリオシスが認められる。ピック細胞と同様の腫大した神経細胞が大脳皮質及び皮質下諸核に認められる。黒質細胞には神経原線維変化がみられる。ガリアス染色やタウ染色ではグリア細胞にも広範な変性が認められ、特にastrocytic plaque は本症に特徴的である。

3. パーキンソン病

以下の4項目のすべてを満たした場合、パーキンソン病と診断する。ただし、Yahr の分類の Stage は問わない。1、2、3 は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

- (1) パーキンソニズムがある。※1
- (2) 脳CT 又はMRI に特異的異常がない。※2
- (3) パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。※3
- (4) 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。

※1 パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 典型的な左右差のある安静時振戦（4～6 Hz）がある。
- (2) 歯車様筋強直、動作緩慢、姿勢歩行障害のうち2つ以上が存在する。

※2 脳CT 又はMRI における特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

※3 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬又はL-DOPA 製剤により判定することが望ましい。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

8. 脊髄小脳変性症

【主要項目】

脊髄小脳変性症は、運動失調を主要症候とする原因不明の神経変性疾患の総称であり、臨床、病理あるいは遺伝子的に異なるいくつかの病型が含まれる。臨床的には以下の特徴を有する。

- (1) 小脳性ないしは後索性の運動失調を主要症候とする。
- (2) 徐々に発病し、経過は緩徐進行性である。
- (3) 病型によっては遺伝性を示す。その場合、常染色体優性遺伝性であることが多いが、常染色体劣性遺伝性の場合もある。
- (4) その他の症候として、錐体路徴候、錐体外路徴候、自律神経症状、末梢神経症状、高次脳機能障害などを示すものがある。
- (5) 頭部のMRIやX線CTにて、小脳や脳幹の萎縮を認めることが多く、大脳基底核病変を認めることもある。
- (6) 脳血管障害、炎症、腫瘍、多発性硬化症、薬物中毒、甲状腺機能低下症など二次性の運動失調症を否定できる。

なお、オリブ橋小脳萎縮症については、従前の診断基準では脊髄小脳変性症の一病型として取扱うこととしていたが、特定疾患治療研究事業における傷病区分の変更等を踏まえ、多系統萎縮症の一病型として取扱うこととしたため、注意を要する。（「11. 多系統萎縮症」の診断基準を参照）

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

9. 脊柱管狭窄症

下記の症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭小化を総合的に診断されたものをいう。ただし、以下の各項に該当するものに限る。

- a. 頸椎部、胸椎部又は腰椎部のうち、いずれか1以上の部において脊柱管狭小化を認めるもの。
- b. 脊柱管狭小化の程度は画像上（単純X線写真、断層写真、CT、MRI、ミエログラフィーなど）脊柱管狭小化を認め、脊髄、馬尾神経又は神経根を明らかに圧迫する所見のあるものとする。
- c. 画像上の脊柱管狭小化と症状の間に因果関係の認められるもの。

症状

主として四肢・躯幹の痛み、しびれ、筋力低下、運動障害、脊椎性間欠跛行を呈する。排尿・排便障害を伴うことがある。これらの症状は増悪、軽快を繰り返し、次第に悪化して歩行が困難となる。転倒などの軽微な外傷機転によって症状が急激に悪化し、重篤な脊髄麻痺をきたすことがある。

鑑別疾患

変形性脊椎症（神経学的症状を伴わないもの）
椎間板ヘルニア
脊椎・脊髄腫瘍
脊椎すべり症（神経学的症状を伴わないもの）
腹部大動脈瘤
閉塞性動脈硬化症
末梢神経障害
運動ニューロン疾患
脊髄小脳変性症
多発性神経炎
脳血管障害
筋疾患
後縦靭帯骨化症

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭帯骨化症調査研究班）による診断基準

10. 早老症

ウェルナー症候群、プロジェリア症候群、コケイン症候群に該当するものをいう。
ウェルナー症候群に関しては、以下の確実例及び疑い例に該当するものをいう。

確実例：（１）のすべてと（２）の２つ以上
（１）の２つと（３）

疑い例：（１）の２つと（２）の２つ以上

（１）主徴候：

- a. 早老性外貌（白髪、禿頭など）
- b. 白内障
- c. 皮膚の萎縮、硬化又は潰瘍形成

（２）その他の徴候と所見

- a. 原発性性腺機能低下
- b. 低身長及び低体重
- c. 音声の異常
- d. 骨の変形などの異常
- e. 糖同化障害
- f. 早期に現れる動脈硬化
- g. 尿中ヒアルロン酸増加
- h. 血族結婚

（３）皮膚線維芽細胞の分裂能の低下

参考にした診断基準：

厚生省特定疾患調査研究班（ホルモン受容機構異常調査研究班）によるウェルナー症候群の診断の手引き

11. 多系統萎縮症

1. 主要項目

(1) オリブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のMRIで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるにはT1WI矢状断が有用である。また、T2WI水平断にて、比較的早期から橋中部に十字サインが認められる。この所見では診断的意義が高い。

(2) 線条体黒質変性症

中年以降に発症し、パーキンソン病様の症状で発症し、振戦よりは筋固縮、無動が目立つ。抗パーキンソン病薬に対する反応は不良であるが、数年間にわたって有効な例もある。経過と共に、自律神経症候や運動失調が加わってくる。MRIにて、橋底部、小脳の萎縮、線条体の萎縮、被殻外側のスリット状のT2高信号域などが診断の補助となる。特に被殻外側のT2高信号像の診断的意義は高い。パーキンソン病やびまん性レビー小病体との鑑別には¹²³I-MIBG心筋シンチグラフィが有用である。パーキンソン病やレビー小病体では、心筋への集積低下が認められるのに対して、多系統萎縮症では集積低下は認めない。

(3) シャイ・ドレーガー症候群

中年以降に発症し、起立性低血圧(収縮期でも20mmHgもしくは拡張期で10mmHg以上)、排尿障害(100mL以上の残尿・尿失禁)、男性での陰萎を中心とした自律神経症状が前景となる。発症後1年間にわたり上記の自律神経症状が前景であった場合に、シャイ・ドレーガー症候群ととらえる。発症後5年以上経過しても自律神経症状のみである場合は、他疾患(純粋自律神経失調症 pure autonomic failure ; PAF)や他の自律神経ニューロパチー(アミロイド・ポリニューロパチーや糖尿病性ニューロパチー)との鑑別が必要である。

2. 参考事項

これまで、オリブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群として分類されてきた疾患については、病変分布の濃淡（オリブ、橋、小脳、線条体、黒質、自律神経系の変性がさまざまな分布で認められる）によって臨床症状に多少の異なりがあるものの、基本的な臨床像は共通していることに加え、病理学的にも、特徴的なオリゴデンドロサイト内嗜銀性封入体が観察されることから、同一の疾患としてとらえられるようになり、これらの疾患を多系統萎縮症と総称するようになった。臨床的には、小脳性運動失調症、パーキンソニズム、自律神経症状のいずれかを初発症状として発病し、経過と共にそれ以外の症状も明らかになってくる。進行例では声門開大障害に伴う特徴的ないびきや睡眠時無呼吸が観察されることが多く、突然死を起こすことがあり注意する必要がある。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調症調査研究班）による診断基準

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

(1) を満たした上で、(2) ~ (4) の各疾病に関する状態に該当するものをいう。

(1) 糖尿病の診断

- a. 空腹時血糖値 \geq 126mg/dl、75gOGTT 2時間値 \geq 200mg/dl、随時血糖値 \geq 200mg/dl、のいずれか（静脈血漿値）が、別の日に行った検査で2回以上確認できること。

(注1) これらの基準値を超えても、1回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

(注2) ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。1回目と2回目の検査法は同じである必要はない。1回目の判定が随時血糖値 \geq 200mg/dlで行われた場合は、2回目は他の方法によることが望ましい。1回目の検査で空腹時血糖値が126-139mg/dlの場合には、2回目にはOGTTを行うことを推奨する。

- b. 1回だけの検査が糖尿病型を示し、かつ次のいずれかの条件がみたされること。

ア. 糖尿病の典型的症状（口渇、多欲、多尿、体重減少）の存在

イ. HbA1c \geq 6.5%（日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体による補正值）

ウ. 確実な糖尿病網膜症の存在

- c. 過去において上記のa. ないしb. がみたされたことがあり、それが病歴などで確認できること。

(注1) 以上の条件によって、糖尿病の判定が困難な場合には、患者を追跡し、時期をおいて再検査する。

(注2) 糖尿病の診断に当たっては、糖尿病の有無のみならず、分類（成因、代謝異常の程度）、合併症などについても把握するように努める。

(2) 糖尿病性神経障害

以下の重症度評価表において4点以上であること

重症度評価表

項目	スコア			
	0	1	2	3
自覚症状				
1 パレステジア	なし	軽度	中等度	高度
2 しびれ感	なし	軽度	中等度	高度
3 足が冷たい、熱い	なし	軽度	中等度	高度
他覚所見				
4 足の第1指の触覚低下	なし	軽度	中等度	高度
5 筋萎縮	なし	軽度	中等度	高度
6 足の第1指の振動覚低下	なし	軽度	中等度	高度
7 アキレス腱反射	正常	減弱	遅延	消失
8 起立時血圧下降 (mmHg)	~10	11~20	21~34	35~
電気生理学的検査				
9 F波最小潜時 (m/sec)	≤27	28~30	31~33	≥34
10 F波伝導速度 (m/sec)	≥56	50~55	45~49	<45

(3) 糖尿病性腎症

糖尿病性腎症病期分類第2期（早期腎症）以上の所見が見られること。

糖尿病性腎症病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴 (参考所見)
	尿蛋白 (アルブミン)	GFR (Ccr)	
第1期 (腎症前期)	正常	正常 時に高値	びまん性病変：なし~軽度
第2期* (早期腎症)	微量アルブミン尿	正常 時に高値	びまん性病変：軽度~中等度 結節性病変：ときに存在
第3期-A (顕性腎症前期)	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中等度 結節性病変：多くは存在
第3期-B (顕性腎症後期)	持続性蛋白尿**	低下**	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは存在
第4期 (腎不全期)	持続性蛋白尿	著明低下 (血清クレアチニン上昇)	荒廃糸球体
第5期 (透析療法期)			

- * 腎症早期診断に必須である微量アルブミン尿の診断基準を下記の通りとする
 - a. スクリーニング
来院時尿（随時尿）を用い、市販のスクリーニング用キットで測定する。
 - b. 診断
上記スクリーニングで陽性の場合、あるいは初めから時間尿を採取し、以下の基準に従う。

夜間尿	10 μ g/分以上
24 時間尿	15 μ g/分以上
昼間（安静時）尿	20 μ g/分以上
 - c. 除外診断
 - ア. 非糖尿病性腎疾患
 - イ. 尿路系異常と感染症
 - ウ. うっ血性心不全
 - エ. 良性腎硬化症

（注1） a. 及び b. の両者とも、日差変動が大きいいため、複数回の採尿を行い判定すること。

（注2） 試験紙法で尿蛋白軽度陽性の場合でも、尿中アルブミン測定が望ましい。なお、微量アルブミン尿の上限は、約 200 μ g/分とされている。

（注3） 以下の場合には判定が紛らわしい場合があるので検査を避ける。

- 高度の希釈尿
- 妊娠中、生理中の女性
- 過激な運動後、過労、感冒など

** 持続性蛋白尿約 1 g / 日以上、GFR（Ccr）約 60mL / 分以下を目安とする。

（4）糖尿病性網膜症

以下の分類で軽症網膜症（無症状）のものを除く

病型	臨床所見
非増殖網膜症	
軽症網膜症（無症状）	壁の薄い毛細血管瘤、点状網膜出血
中等症網膜症（黄斑浮腫がみられる場合には症状あり）	壁が薄い又は厚い毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、特に黄斑浮腫
重症網膜症（増殖前網膜症）	網膜出血、毛細血管瘤、軟性白斑、IRMA、数珠状静脈異常

増殖網膜症	
活動性の高い網膜症 (漏出性、充血、活動性、代償不全)	<p>顕著な網膜所見：網膜出血、IRMA、数珠状静脈異常、軟性白斑、網膜浮腫</p> <p>新生血管：裸の新生血管、小さな繊維増殖、口径拡大、乳頭近傍を含む、急速な進展</p> <p>硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血</p> <p>経過：急速に進展、安定期や非漏出性へ</p>
中等度の網膜症(乾性、静止性、安定性)	<p>顕著でない網膜所見</p> <p>新生血管：裸の新生血管、さまざまな程度の繊維増殖、しばしば長く糸状、乳頭近傍を含まない、進展や寛解は緩徐</p> <p>経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ</p>
燃えつきた網膜症	<p>網膜所見：動脈狭細化・白線化・混濁、静脈白線化・不規則少数の出血、白斑、IRMA</p> <p>新生血管：繊維増殖膜による被覆、消失</p> <p>硝子体：完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁</p> <p>経過：沈静化、ときに新鮮な硝子体出血</p> <p>網膜機能：局在性又はびまん性の牽引性網膜剥離、後極部が非剥離0.1~0.6、重症な網膜虚血、重篤な視力障害の原因となる。</p>

黄斑浮腫については、以下の基準のうち、中等症黄斑症(黄斑浮腫)、重症黄斑症(黄斑浮腫)の基準を満たすものとする。

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
黄斑症(黄斑浮腫)なし	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑なし。
黄斑症(黄斑浮腫)あり	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑あり。

黄斑症(黄斑浮腫)が存在する場合、以下のように重症度を分類することができる

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
軽度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が眼底後極にあるが、黄斑中央部より離れている。
中等度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に近づきつつあるが到達していない。
重度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に到達している。

参考にした診断基準：

糖尿病については、糖尿病診断基準検討委員会報告による診断基準

糖尿病性腎症については、厚生省糖尿病調査研究班による糖尿病性腎症早期診断基準及び厚生省糖尿病研究班による糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性網膜症については、Davis 分類及び糖尿病黄斑症(黄斑浮腫)国際重症度分類

糖尿病性神経障害については、厚生省糖尿病研究班による糖尿病性神経障害重症度評価表

13. 脳血管疾患

明らかな血管性の器質的脳病変を有するもので、以下の分類に該当するものをいう。

1. 虚血群＝脳梗塞症※
 - ① アテローム血栓性脳梗塞
 - ② ラクナ梗塞
 - ③ 心原性脳塞栓症
 - ④ その他の分類不能な脳梗塞(症)

 2. 出血群＝頭蓋内出血
 - ①脳出血
 - ②くも膜下出血
 - ③その他の頭蓋内出血
-

※ 明確な脳血管性と思われる発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然CT・MRIなどで見出された脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼び、その他の症候を有する脳梗塞は、脳梗塞症と呼んで区別することが望ましい。

(診断基準)

1. 虚血群＝脳梗塞 (症)

1) アテローム血栓性脳梗塞

内頸動脈、前・中・後大脳動脈、椎骨動脈や脳底動脈あるいはその皮質枝のアテローム血栓によって生じた脳梗塞。

(1) 臨床症状

1. 安静時の発症が比較的多い。
2. 局所神経症候は病巣部位や閉塞血管により多彩であるが、片麻痺、四肢麻痺、半身感覚障害、同名性半盲、失語などが多い。
3. 意識障害は重篤なものから、ないものまで多様。内頸動脈や脳底動脈の閉塞では高度の意識障害を呈することがある。
4. 症状の進行は一般に緩徐であり段階的な進行を示すが、アテローム血栓が栓子となり脳末梢部血管に塞栓を生じる動脈原性脳塞栓症では突発発症する。

(2) CT・MRI 所見

1. CT上、発症1～2日後に責任病巣に相当する脳主幹動脈、ないしはその皮質枝領域にX線低吸収域(LDA)が出現する。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症数

時間以内から、責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えることが多い。

(3) その他

1. 動脈硬化を伴う基礎疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症など）の存在することが多い。
2. 時に頸部に血管雑音（bruit）が聴取される。この場合は頸部超音波検査、MRA検査などを行い内頸動脈狭窄・閉塞の有無をチェックする事が望ましい。

2) ラクナ梗塞

脳深部の穿通枝領域に生じた直径1.5cm以下の小梗塞。

(1) 臨床症候

2. 安静時の発症が多い。
3. 典型的なものは、意識障害を伴わず、片麻痺、半身感覚障害、失調性片麻痺などのみを呈する。

(2) CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に脳の深部（穿通枝領域）に直径1.5cm以下のX線低吸収域（CT）を認める。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症4～5時間以内から責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えない。特に脳幹部などの病巣検出や微小なラクナ梗塞の発見にはCTよりもMRI検査が望ましい。

(3) その他

基礎疾患に高血圧、糖尿病などを認める事が多く、また時には脳梗塞症発現以前から存在した無症候性脳梗塞を画像上に認める事がある。

3) 心原性脳塞栓症

心房細動、心臓弁膜症、陳旧性心筋梗塞などの患者に生じた心臓内血栓が栓子となり、脳血管に塞栓が生じたもの。

(1) 臨床症候

1. 特定脳動脈領域の局所神経症候が突発し、急速に完成する。大脳皮質を含む病巣が多く、失語・失認などの大脳皮質症候を伴う事が多い。内頸動脈塞栓症では重篤な症状が突発する。
2. 意識障害を伴う事が多い。
3. 塞栓原と考えられる心疾患（心房細動、弁膜疾患、心筋梗塞など）の合併がある。

(2) CT・MRI 所見

1. CT上、発症1～2日以内に責任病巣に相当するX線低吸収域（LDA）が出現する。
2. CT上、数日以内にLDA内に混在するX線高吸収域（HDA）（これは出血性梗塞の存在を意味する）が高頻度にみられる。
3. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像でも数時間以内に高信号領域が出現する。
4. 内頸動脈などの主幹動脈塞栓では画像上、早期から強い脳浮腫の存在を示す所見がみられる事がある。

(3) その他

塞栓原となる心疾患を診断する事及び神経症候が突発した事を確認する事が診断上、極めて重要である。発症後の時期にもよるが、出血性梗塞の存在も診断の参考になる。

4) その他の分類不能な脳梗塞

CT所見や臨床症候から脳出血は否定できるが、上記1) 2) 3) に該当しないものや、上記1) 2) 3) のうち2つ以上が混在する場合は分類不能とする。空気塞栓、脂肪塞栓、奇異性塞栓などもここに分類される。

2. 出血群＝頭蓋内出血

1) 脳（実質内）出血

(1) 臨床症状

1. 通常、高血圧症の既往があり、発症時には著しく血圧が上昇する。
2. 日中活動時に発症することが多い。
3. しばしば頭痛があり、ときに嘔吐を伴う。
4. 意識障害をきたすことが多く、急速に昏睡に陥ることもある。
5. 局所神経症候は出血部位によって左右され、多彩であるが、被殻、視床の出血の頻度が高く、片麻痺、片側性感覚障害が多い。

(2) CT所見

発症直後から出血部位に一致してX線高吸収域（HDA）が出現する。

注：確定診断は脳実質内巣を証明することである。高血圧による脳細動脈の血管壊死もしくは類繊維素変性が原因となり出血する高血圧性脳出血が一般的である。小出血では頭痛、意識障害を欠き、脳梗塞との鑑別が困難なものがある。臨床障害による診断は蓋然的なものであり、確定診断はCTによる血腫の証明が必要である。

2) くも膜下出血

(1) 臨床症状

1. 突発する激しい頭痛（嘔気、嘔吐を伴うことが多い）で発症する。
2. 髄膜刺激症状（項部硬直、Kernig 徴候など）がある。
3. 発症直後は局所神経症状が出現することは少ない（ただし、ときに発症当初より一側性の限局性の動眼神経麻痺を呈する）。
4. 発症時に意識障害をきたすことがあるが、しばしば一過性である。
5. 網膜前出血をみることがある。
6. 血性髄液（注）

(2) CT所見

1. くも膜下腔（脳槽、脳溝など）に出血を認めるX線高吸収域（HDA）を認める。
2. ときに脳実質内の出血を合併することがある。

(3) その他

脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

注：確定診断はくも膜下腔への出血の確認であるが、CTで出血が証明される場合は髄液検査の必要はない。

参考にした診断基準：

厚生省循環器病委託研究班（平成元年度）による研究報告を平成17年に日本脳卒中学会により修正

14. 閉塞性動脈硬化症

動脈硬化症は全身性疾患であるが、それに伴って腹部大動脈末梢側、四肢の主幹動脈、下肢の中等度の動脈等に閉塞が見られる場合であって、以下の状態のうち、Ⅱ度以上に該当するもの。

I 度 冷感、しびれ感

Ⅱ 度 間歇性跛行

Ⅲ 度 安静時痛

Ⅳ 度 潰瘍、壊死

参考にした診断基準：

Fontaine の分類

15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

慢性気管支炎あるいは肺気腫による気流閉塞を特徴とする疾患である。気流閉塞は通常は進行性であり、ときには、気道反応性の亢進を伴い、また部分的には可逆的な場合もあるが、特異的な原因によるものを除外する。

(1) 慢性気管支炎

気管支からの過剰な粘液分泌を特徴とし、喀痰を伴う咳 (Productive cough) が慢性あるいは繰り返し起こるもの。慢性とは1年に3ヶ月以上続き、それが2ヶ年 (2冬連続) 以上にわたる場合。但し、特異的肺疾患、新生物、心疾患などによるものは除外される

(2) 肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

(3) 気管支喘息

種々の刺激に対して気道の反応性が亢進した状態で広範な気道の狭窄を特徴とし、この閉塞性障害が自然にあるいは治療により変化するもの。ただし、肺、心、血管系の病変に由来するものは除く。

(4) びまん性汎細気管支炎

参考とした診断基準：

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(1) 両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の膝関節にX線所見上、骨棘形成、関節裂隙の狭小化、軟骨下骨の骨硬化、骨嚢胞の形成等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会変形性膝関節症治療成績判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a. 変形性膝関節症治療成績判定基準

	右	左
① 疼痛・歩行能		
1) 1 km 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。	3 0	3 0
2) 1 km 以上歩行可、疼痛あり。	2 5	2 5
3) 500m 以上、1 km 未満の歩行可、疼痛あり	2 0	2 0
4) 100m 以上、500m 未満の歩行可、疼痛あり	1 5	1 5
5) 室内歩行又は 100m 未満の歩行可、疼痛あり	1 0	1 0
6) 歩行不能	5	5
7) 起立不能	0	0
②疼痛・階段昇降能		
1) 昇降自由・疼痛なし	2 5	2 5
2) 昇降自由・疼痛あり、手すりを使い・疼痛なし	2 0	2 0
3) 手すりを使い・疼痛あり、一歩一歩・疼痛なし	1 5	1 5
4) 一歩一歩・疼痛あり、手すりを使い一歩一歩・疼痛なし	1 0	1 0
5) 手すりを使い一歩一歩・疼痛あり	5	5
6) できない	0	0
③屈曲角度及び強直・高度拘縮		
1) 正座可能な可動域	3 5	3 5
2) 横座り・胡座可能な可動域	3 0	3 0
3) 110 度以上屈曲可能	2 5	2 5
4) 75 度以上屈曲可能	2 0	2 0
5) 35 度以上屈曲可能	1 0	1 0
6) 35 度未満の屈曲、又は強直、高度拘縮	0	0
④腫脹		
1) 水腫・腫脹なし	1 0	1 0
2) 時に穿刺必要	5	5
3) 頻回に穿刺必要	0	0
総 計		

b. 記入要項

ア. 疼痛・歩行能

- ・歩行はすべて連続歩行（休まずに一気に歩ける距離）を意味する。
- ・疼痛は歩行時痛とする（疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をふくむ）。
- ・ある距離までしか歩けないが、その範囲では疼痛ない時は、その1段上のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・ある距離で激痛が現れる時、その1段下のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
- ・「1km以上の歩行」はバスの2～3停留所間隔以上歩ける、あるいは15分以上の連続歩行可能をいう。
- ・「500m以上、1km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
- ・「100m以上、500m未満の歩行」は近所づきあい程度の連続歩行をいう。
- ・「室内歩行又は100m未満の歩行」は室内又は家の周囲、庭内程度の連続歩行をいう。
- ・「歩行不能」は起立はできるが歩けない、歩行出来ても激痛のある場合をいう。

イ. 疼痛・階段昇降能

- ・疼痛は階段昇降時痛をいう。
- ・疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をいう。
- ・激痛があるときはその1段下のランクとする。
- ・筋力低下などで「出来ない」状態であるが疼痛のない時は「手すりを使い一歩一歩（1段2足昇降）で疼痛あり」とする。

ウ. 屈曲角度及び強直・高度拘縮

- ・「110°以上屈曲可能」は110°以上屈曲可能であるが、正座、横座り、胡座は出来ない状態をいう。
- ・「75°以上屈曲可能」は75°以上110°未満の屈曲可能をいう。
- ・「35°以上屈曲可能」は35°以上75°未満の屈曲可能をいう。
- ・「高度拘縮」は肢位の如何にかかわらず arc of motion で35°以下をいう。

エ. 腫脹

- ・「時に穿刺必要」：最近時に穿刺を受けている、又は時にステロイドの注入を受けている、など。
- ・「頻回に穿刺必要」：常に水腫がある。

(2) 両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の股関節にX線所見上、関節裂隙の不整狭小化、軟骨下骨梁の骨硬化、骨棘形成、骨嚢胞の形成、骨頭変形等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会股関節機能判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a. 股関節機能判定基準

	右	左
①疼痛		
1) 股関節に関する愁訴が全くない。	40	40
2) 不定愁訴（違和感、疲労感）があるが、痛みはない。	35	35
3) 歩行時痛みはない（ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある）。	30	30
4) 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休息で消退する。	20	20
5) 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する。	10	10
6) 持続的に自発痛又は夜間痛がある。	0	0
具体的表現		

②可動域（記入要項を参照）

角度	右	左
屈曲		
伸展		
外転		
内転		

点数	右	左
屈曲		
外転		

③歩行能力	
1) 長距離歩行、速歩が可能、歩容は正常。	20
2) 長距離歩行、速歩は可能であるが、軽度の跛行を伴うことがある。	18
3) 杖なしで、約30分又は2km歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。	15
4) 杖なしで、10-15分程度、あるいは約500m歩行可能であるが、それ以上の場合、1本杖が必要である。跛行がある。	10
5) 屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では2本杖を必要とする。	5
6) ほとんど歩行不能。	0
具体的表現	

	容易	困難	不能
④日常生活動作			
1) 腰掛け	4	2	0
2) 立ち仕事（家事を含む） ※持続時間約 30 分。、休息を要する場合、困難とする。 5分くらいしかできない場合、不能とする。	4	2	0
3) しゃがみこみ・、立ち上がり ※支持が必要な場合、困難とする。	4	2	0
4) 階段の昇り降り ※手すりを要する場合は困難とする。	4	2	0
5) 車、バスなどの乗り降り	4	2	0

b. 総計評価：

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{(\quad) + (\quad)}{(\quad)}$$

c. 股関節機能診断基準の記入要項

ア. 疼痛について

- ・左右別々に記入する。
- ・40点は全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
- ・記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

イ. 可動域について

- ・可動域は5°刻みで記載する。配点は下表の通り外転の10°未満を除き、10°刻みとする。
- ・拘縮のある場合はこれを引き、可動域で評価する。

屈曲	配点	外転	配点
0° ~ 10° 未満	0点	0° ~ 5° 未満	0点
10° ~ 20° 未満	1点	5° ~ 10° 未満	2点
...	...	10° ~ 20° 未満	4点
110° ~ 120° 未満	11点	20° ~ 30° 未満	6点
120° ~	12点	30° ~	8点

* 拘縮のない場合

(例) 屈曲	100°、伸展 0°	→10点	} 計 16点
外転	20°	→6点	

* 拘縮のある場合

(例) 屈曲拘縮 20°、外転拘縮 5° で屈曲 100°、外転 20° 可能な場合

屈曲	100°	—	20°	=	80°	→	8 点	} 計 12 点
外転	20°	—	5°	=	15°	→	4 点	

ウ. 歩行能力について

- ・両側の機能として記入する。
- ・20 点、18 点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同類の動作はすべて速歩とする。
- ・内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

エ. 日常生活動作について

- ・両側の機能として記入する。
- ・立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては注に準じて困難を判断する。
- ・車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

オ. 表記法について

- ・両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

右、左 : 疼痛と可動域の合計 とし、満点は、60、60
両側の機能 歩行能力と日常生活動作の合計 40

となる。

- ・たとえば、人工股関節置換術の両側例（あるいはカテゴリーB）で、左のみ手術が施行された場合、評価点が

35、48
28

であったなら、カテゴリーBで左術前××点が術後 76 点になった、という表現となる。

参考にした診断基準：

日本整形外科学会 評価基準・ガイドライン・マニュアル集に基づき、平成 18 年に日本整形外科学会において一部修正

事 務 連 絡
平成21年9月30日

各都道府県介護保険担当課（室）
各市町村等介護保険担当課（室）
各介護保険関係団体 御中

厚生労働省老健局老人保健課

要介護認定等の方法の見直しに係るQ&A及び
認定調査員テキスト2009改訂版正誤表の送付について

介護保険制度の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

本年10月からの要介護認定等の方法の見直しに関するQ&Aを作成いたしましたので、今後の業務の参考としてご活用ください。

また、認定調査員テキスト2009改訂版の正誤表を併せてお送りいたします。

なお、平成21年6月18日付け事務連絡にてお示した「要介護認定方法の見直しに係るQ&A」については、平成21年9月30日の申請までの取扱いとなりますので申し添えます。

要介護認定等の方法の見直しに係るQ & A

問1

認定調査員テキストに明示されていない申請者の状態等があった場合はどのように調査すべきか。

(答)

現時点では、認定調査員テキスト及び本Q & Aに記載されている規定以外には、特に定めがないため、各保険者の判断に基づき調査を実施する。そういった場合は、認定調査員は、特記事項に具体的な状況と認定調査員の判断根拠等を記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

なお、今後さらにQ & Aが追加された場合は、当該Q & Aに記載されている内容も含めて調査を行う。

問2

選択肢の選択の際に、判断に迷う時にはどのような対応をすべきか。

(答) 認定調査員テキスト 4 ページ、19 ページ参照

基本調査項目の定義にうまく当てはまらない場合等、判断に迷う際には、各基本調査項目の定義等に基づき選択した上で、対象者の具体的な状況（介護の手間、平均的な手間の出現頻度、選択に迷った状況等）と認定調査員の判断根拠等を特記事項に記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

問3

「介助の方法」の項目において、介助されていない状況や実際に行われている介助が不適切と認定調査員が判断する場合は、適切な介助の方法を選択するとされているが、適切であるか、不適切であるかの判断はどのような基準で行えばよいか。

(答)

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」の適切性に関して

は、個々の具体的なケースについて認定調査員の判断で行うものである。「実際に行われている介助が不適切」と考える具体的な状況としては、

- ・ 独居や日中独居等による介護者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・ 介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・ 介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合

など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。(認定調査員テキスト 25 ページ参照)

また、不適切な状況にあると判断された場合は、単に「できるーできない」といった個々の行為の能力のみで評価せず、生活環境や本人の置かれている状態なども含めて、総合的に判断する。この場合は、実際に行われている介助の方法と認定調査員の選択結果が異なった理由やその実態について、介護認定審査会の委員が理解できるよう、特記事項に記載しなければならない。(認定調査員テキスト 23 ページ参照)

介護認定審査会は、必要に応じて特記事項または主治医意見書の記載内容に基づき、総合的に判断して一次判定を修正・確定することができる(一次判定の修正・確定)。(認定調査員テキスト 2 ページ、19 ページ参照)

なお、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる(介護認定審査会委員テキスト 17 ページ参照)。

問 4

BPSD 関連の調査項目(主に4群)については、選択肢を選択する際に介護に係る手間を勘案してもよいのか。

(答) 認定調査員テキスト 115 ページ参照

BPSD 関連の項目は、実際の対応や介護の手間とは関係なく、当該行動の有無に基づき選択する。当該行動が発生している場合には、特に周囲が対応をとっていない場合や介護の手間が発生していなくても、各項目に規定されている行動が現れている場合は、頻度に基づき選択する。

ただし、当該項目の有無だけで介護の手間が発生しているかどうかは必ずしも判断できないため、二次判定で介護の手間を適切に評価するために認定調査員は、対象者への対応や介護の手間の状況、頻度とともに認定調査員の判断根拠等を特記事項に記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の

修正・確定及び二次判定（介護の手間に係る審査判定）を行う。

問5

「1-1 麻痺等の有無」の確認動作において、調査対象者や介護者から日頃の状況を聞き取って把握する際、日頃のどのような動作や行為から判断したらよいか。

（答）認定調査員テキスト 33～35 ページ参照

上肢、下肢ともに、麻痺等の有無の確認方法で示した動作と同様の動きができるかどうかで判断を行う。上肢については、例えば肩の高さのものを取る行為などの日頃の状況について聞き取りを行う。下肢については、例えばベッド上での足の動きなど日頃の生活における下肢の動きについて聞き取りを行う。

上肢、下肢いずれの場合も、実際に確認動作で確認した状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況が異なる場合や、調査対象者に実際に行ってもらえなかった場合は、特記事項に具体的な内容（調査対象者の実際の状況、日頃の状況、認定調査員の判断根拠等）について記載する。（認定調査員テキスト 26～27 ページ参照）

問6

「1-1 麻痺等の有無」の確認動作において、「静止した状態で保持」とあるが、どの程度、静止した状態で保持できれば「麻痺なし」と考えるのか。

（答）認定調査員テキスト 31～35 ページ参照

具体的な秒数などについては定めがなく、挙上して静止した状態を保持できていると認定調査員が確認できれば「麻痺なし」と考える。なお、静止している手が震えている場合等、静止した状態を保持できているか明確に判断することができない場合は、認定調査員の判断で「ある」、「ない」のいずれかを選択し、特記事項に具体的な状況及び認定調査員の判断根拠等を記載する。

問7

四肢の欠損が見られる場合、「1-1 麻痺等の有無」、「1-2 拘縮の有無」のいずれの項目において「その他」を選択するのか。あるいは、両方の項目において選択するのか。

(答) 認定調査員テキスト 31～40 ページ参照

「1-1 麻痺等の有無」、「1-2 拘縮の有無」の両方の項目において「その他」を選択し、いずれかの項目の特記事項に具体的な部位や状況等について記載する。手指、足趾を含むいずれかの四肢の一部に欠損があれば「その他」を選択する。

問 8

「1-1 麻痺等の有無」における「6. その他」の選択について、どのような麻痺が選択の対象となるのか。

(答) 認定調査員テキスト 31～35 ページ参照

上肢・下肢以外に麻痺等が見られる場合に、「その他」を選択する。その場合は、必ず特記事項に具体的な部位や状況等を記載する。

問 9

「1-2 拘縮の有無」における「5. その他」の選択について、具体的な部位に規定はあるのか。

(答) 認定調査員テキスト 36～40 ページ参照

肩関節、股関節、膝関節以外について、他動的に動かした際に拘縮や可動域の制限がある場合に、「その他」を選択する。その場合は、必ず特記事項に具体的な部位や状況等を記載する。

問 10

四肢が欠損していることによって、上肢・下肢の麻痺等や拘縮の有無について確認動作が行えない場合は、どの選択肢を選択すべきか。

(答) 認定調査員テキスト 31～40 ページ参照

四肢のいずれかが欠損している場合は、「1-1 麻痺等の有無」及び「1-2 拘縮の有無」における選択肢の選択においては、「その他（四肢の欠損）」を選択する。さらに、欠損によって目的とする確認動作が行えない場合は、欠損している部位の選択肢も選択する。

例えば、右上肢が肩関節から欠損している場合には、「1-1 麻痺等の有無」に

おいては「6. その他（四肢の欠損）」を選択し、さらに、確認動作の行えない「3. 右上肢」も選択する。「1-2 拘縮の有無」についても、「5. その他（四肢の欠損）」を選択した上で、確認動作が行えない「2. 肩関節」も選択する。

問 1 1

「1-5 座位保持」について、他の場所でできず、ギャッチアップ機能の付いたベッド上で行わざるを得ない場合等に、ベッドのギャッチアップ角度が何度程度であれば「3. 支えてもらえればできる」を選択すると考えるべきか。

（答）認定調査員テキスト 45～47 ページ参照

ギャッチアップに係る具体的な角度については、当該調査項目の定義や選択肢の選択基準に含んでいない。認定調査員が、調査対象者の状況を確認し「支えてもらえればできる」と判断した場合は、調査対象者の実際の状況と日頃の状況、認定調査員の判断根拠等を特記事項に記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

問 1 2

「1-12 視力」の確認方法について、視力確認表はどの位置におくべきか。また、視野狭窄や視野欠損等がある場合の考え方如何。

（答）認定調査員テキスト 63～66 ページ参照

視力確認表は本人の正面に置くことを原則とし、その上で、テキストに記載された選択肢の選択基準に基づいて評価を行う。視野狭窄や視野欠損等により、視力確認表が見えない場合であっても、視力確認表はあくまでも本人の正面に置いた状態で確認を行うものであり、視力確認表を視野狭窄や視野欠損等の影響のない視野内に置き直すものではない。なお、視野狭窄や視野欠損等により、本人の正面に置かれた視力確認表が見えない場合も、「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」の中から選択基準に従って選択する。（本調査項目は広い意味での視力を問う質問であり、視野狭窄・視野欠損等も含まれる。（認定調査員テキスト 64 ページ参照））

その場合、認定調査員は、特記事項に視野狭窄や視野欠損等の具体的な状況と認定調査員の判断根拠等を記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて

一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

問 1 3

認定調査員テキスト 65 ページ「1-12 視力」の(4)異なった選択が生じやすい点の例示がわかりにくいため、詳細の説明をしてほしい。

(答)

問 1 2 に記載した通り、「視力」の確認方法においては視野狭窄や視野欠損等がある場合も、あくまでも本人の正面に視力確認表を置いた状態で確認を行うことを原則とする。視野狭窄や視野欠損等があり、対象者の正面に視力確認表を置くと欠損部位に該当する場合であっても、その状況で選択肢の選択基準に基づき評価する。

なお、認定調査員テキストの記載（正誤表による修正前）において、「異なった選択が生じやすい点」で示されている「対象者の状況」は、「目の前に視力確認表」を置いた場合の状況の記載がないために、記載内容からだけでは正確な判断ができない。今回、正誤表において、「視力確認表を本人の正面に置くと、約 1m 離れた距離に置いた場合でも、目の前に置いた場合でも、視野狭窄により全く見えない。視野狭窄のない視野内に置き直すと約 1m 離れた距離から見える。」と修正された。

問 1 4

「介助の方法」の各調査項目の定義に規定されている一連の行為や複数の行為のうち、1 つでも発生しない行為がある対象者の場合は、それ以外の行為のすべてに介助が行われていても、「一部介助」を選択するのか。

(答) 認定調査員テキスト 81～86 ページ参照

「全介助」、「一部介助」などの「介助の方法」の選択肢を検討するにあたっては、各調査項目の定義に規定されている一連の行為や複数の行為のうち、対象者に実際に発生する行為をはじめに特定し（人それぞれ、居住環境や心身の状態、生活習慣などによって異なる）、それらの行為の全てに介助が行われている場合には「全介助」を、部分的に介助が行われている場合には「一部介助」を選択する。

例えば、「2-5 排尿」や「2-6 排便」には「排尿（排便）動作」として「尿器へ

の排尿」及び「排便器への排便」が定義されている。「尿器への排尿」及び「排便器への排便」における排尿、排便の介助については、腹圧が弱いため、腹部を押すなどしないと排泄できない場合における腹部を押すなどの介助をさしている。そのような行為を必要としない対象者（便座に座るだけで排尿・排便する対象者）については、「尿器への排尿」及び「排便器への排便」を一連の行為とは見なさず、評価対象となる行為から除外して考える（腹部を押すなどの行為がないために「介助がない」とは判断しない）。

また、例えば、「5-6 簡単な調理」については、最初に「炊飯」、「弁当、総菜、レトルト食品、冷凍食品の加熱」、「即席めんの調理」のうち、対象者に実際に発生している項目を特定する。その項目において、実際に発生する行為を特定し、それらの行為の全てに介助が行われている場合には「全介助」を、部分的に介助が行われている場合には「一部介助」を選択する。「5-6 簡単な調理」のうち、「炊飯」のみが行われている場合は、「炊飯」について発生する行為（計量、洗米、スイッチを入れる等）を特定し、それらの行為の全てに介助が行われている場合には「全介助」を、部分的に介助が行われている場合には「一部介助」を選択する。

問 1 5

「2-5 排尿」について、留置カテーテルを用いている場合の評価はどのように行うのか。

（答）認定調査員テキスト 81～83 ページ参照

「2-5 排尿」について、留置カテーテルを使用している場合も問 1 4 と同様に考える。蓄尿バッグに溜まった尿の後始末は定義にある一連の行為のうちの、「トイレやポータブルトイレ、尿器等の排尿後の掃除」等に該当すると考えられる。その上で、一連の行為のうち、全てに介助がある場合に「全介助」を、部分的に介助がある場合に「一部介助」を選択する（問 1 4 を参照）。

問 1 6

「2-12 外出頻度」について、過去 1 ヶ月の間に状態が大きく変化した場合は、変化した後の状況で評価することであるが、例えば過去 1 週間において状態が悪化し、外出がまったくできなくなった場合は、どう判断すべきか。

(答) 認定調査員テキスト 99 ページ参照

この場合は、過去 1 週間の状況が 1 ヶ月継続した場合を想定して頻度を評価して選択を行う。なお、このように対象者の状況が急速に変化した場合等については、特記事項に具体的な状況と認定調査員の判断根拠を記載し、対象者の状況が急速に変化した点を介護認定審査会に正確に伝達する。

問 17

「3-1 意思の伝達」と「5-3 日常の意思決定」の違いは何か。

(答) 認定調査員テキスト 101～102 ページ及び 137～138 ページ参照

「3-1 意思の伝達」については、決定された意思を「伝達できるかどうかの能力」を評価する項目であるため、伝達する意思の内容の合理性は問わない。また、伝達する方法についても手段を問わないことから、意思が伝達されるのであれば、身振りや筆談などでも「できる」ものとする。

「5-3 日常の意思決定」については、毎日の暮らしにおける活動に関して内容を理解しており、意思決定できていれば「できる」と考える。

〈具体的な例〉

日常生活の中で、「どの服を着るか」の意思決定をする場合に「ご飯が食べたい」と回答するような状況の場合は、「意思決定」そのものは行われているが、決定した内容を理解しているとは考えられないため、「日常の意思決定」はできていないと考える。一方、決定された意思の内容の合理性は問わないため「意思の伝達」はできているものとする。

問 18

「5-1 薬の内服」について、定義には、「薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる、飲み込む（水を飲む）」とある。一方、「3. 全介助」の定義では「薬や水を手元に用意する、薬を口に入れるという一連の行為に介助が行われている場合をいう」となっている。選択肢の選択について解説してほしい。

(答) 認定調査員テキスト 132～134 ページ参照

「薬の内服」については、「(1) 調査項目の定義」に基づき選択肢を選択することとし、「薬や水を手元に用意する、薬を口に入れる」という一連の行為に

介助が行われている場合に「3. 全介助」を選択する。この一連の行為に加え、水を飲む行為にも介助が行われている場合も「3.全介助」を選択することとする。なお、水を口に含ませる等、「飲み込む」行為に介助が行われている場合も「2. 一部介助」の選択肢の選択基準に含まれる。

問 19

「5-5 買い物」の調査方法について、選択肢の選択に迷うことが多い。選択基準等について解説して欲しい。

(答) 認定調査員テキスト 23～25 ページ、141～143 ページ参照

本項目は「介助の方法」で評価する項目であり、「食材・消耗品等の日用品」に係る「買い物」の介助が「行われているー行われていない」の軸で選択を行うことを原則とする。選択にあたっては、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択し、具体的な内容の特記事項に記載する。調査対象者が自分で購入する場合と家族やヘルパー等の他人に依頼する場合の両方がある場合は、より頻回な状況で選択を行い、詳しい状況については、特記事項に記載する。認定調査員が判断に迷った場合は、対象者の具体的な状況（介護の手間、平均的な手間の出現頻度、選択に迷った状況等）と認定調査員の判断根拠等の特記事項に記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

以上が原則であるが、「買い物」における「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とであると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な「介助の方法」を選択する。不適切な状況にあると判断された場合は、単に「できるーできない」といった個々の行為の能力のみで評価せず、生活環境や本人の置かれている状態なども含めて、総合的に判断する。

例えば、施設に入所している調査対象者の食材を施設が一括で代行して購入し、その他の消耗品等の日用品に係る買い物の機会がほとんどない場合は、当該対象者の「買い物」については頻回に見られる状況や日頃の状況から「全介助」となる場合が多いと考えられるが、認定調査員が、調査対象者の能力、生活環境及び本人の置かれている状態などから総合的に不適切な状況にあると判断する場合には、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。

また、同様に、在宅の調査対象者の買い物を家族等が一括して代行している

機会が多い場合は、頻回に見られる状況や日頃の状況から「全介助」となる場合が多いと考えられるが、認定調査員が、調査対象者の能力、生活環境及び本人の置かれている状態などから総合的に不適切な状況にあると判断する場合には、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。なお、ベッド上から買ってきてほしいものを本人が指示し、物品の手配のみをヘルパーが行っている場合が最も頻回な状況であれば、「一部介助」を選択することになる。

問20

「5-6 簡単な調理」の調査方法について、選択肢の選択に迷うことが多い。選択基準等について解説して欲しい。

(答) 認定調査員テキスト 23～25 ページ、144～145 ページ参照

本項目は「介助の方法」で評価する項目であり、「簡単な調理」（「炊飯」、「弁当、総菜、レトルト食品、冷凍食品の加熱」、「即席めんの調理」）への介助が「行われている—行われていない」の軸で選択を行うことを原則とする。選択にあたっては、最初に「炊飯」、「弁当、総菜、レトルト食品、冷凍食品の加熱」、「即席めんの調理」のうち、対象者に実際に発生している行為を特定する。それらの行為の全てに介助が行われている場合には「全介助」を、部分的に介助が行われている場合には「一部介助」を選択する（問14を参照）。また、選択にあたっては、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況や日頃の状況で選択し、具体的な内容を特記事項に記載する。調査対象者が自分で「簡単な調理」を行う場合と施設職員や家族等が代行している場合の両方がある場合は、より頻回な状況で選択を行い、詳しい状況については、特記事項に記載する。認定調査員が判断に迷った場合は、対象者の具体的な状況（介護の手間、平均的な手間の出現頻度、選択に迷った状況等）と認定調査員の判断根拠等を特記事項に記載し、介護認定審査会は、特記事項等を用いて一次判定の修正・確定及び二次判定を行う。

以上が原則であるが、「簡単な調理」における「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。不適切な状況にあると判断された場合は、単に「できる—できない」といった個々の行為の能力のみで評価せず、生活環境や本人の置かれている状態なども含めて総合的に判断する。

例えば、施設に入所している調査対象者について、三食とも施設内で作られ

た食事が提供されている場合、当該対象者の「簡単な調理」については「炊飯」についてのより頻回に見られる状況や日頃の状況から「全介助」となる場合が多いと考えられるが、認定調査員が、調査対象者の能力、生活環境及び本人の置かれている状態などから総合的に不適切な状況にあると判断する場合には、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。

また、同様に、在宅の調査対象者の食事を家族等が一括して調理している機会が多い場合は、「炊飯」についてのより頻回に見られる状況や日頃の状況から「全介助」となる場合が多いと考えられるが、認定調査員が、調査対象者の能力、生活環境及び本人の置かれている状態などから総合的に不適切な状況にあると判断する場合には、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択する。

問 2 1

特記事項には、各調査項目の定義や選択肢の選択基準に定められている内容以外の情報について記載してはいけないのか。記載する場合、どこに記載するのか。

(答) 認定調査員テキスト 18～19 ページ、22,23,25,27,28,157 ページ参照

記載内容が選択肢の選択基準に含まれていないことであっても、介護の手間に関係する内容があれば、特記事項に記載することが重要である。

また、何らかの理由により、実際に介護の手間が発生しているにも関わらず、「能力」、「介助の方法」、「有無（麻痺等・拘縮及び BPSD 関連）」のいずれの基本調査項目にも当該介護の手間に対応した項目が設定されていないために、実際に発生している介護の手間を基本調査項目の選択肢の選択によって反映することができない場合は、基本調査項目の中で、もっとも類似する又は関連する調査項目の特記事項や、障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）及び認知症高齢者の日常生活自立度における特記事項に、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載する。

介護認定審査会はこれらの特記事項等を用いて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）を行う。

認定調査員テキスト2009 改訂版 正誤表

番号	箇所	誤	正
1	18 ページ 5. 認定調査票（基本調査） の記載方法と留意点 12 行目	介助の方法	「 <u>介助の方法</u> 」
2	18 ページ 5. 認定調査票（基本調査） の記載方法と留意点 19 行目	有無（BPSD 関連）	「 <u>有無（BPSD 関連）</u> 」
3	65 ページ （4）異なった選択が生じや すい点 対象者の状況	強度の視野狭窄があり、外出 ができない等の日常生活で の支障があり、 <u>約 1m 離れた 距離でも、視野から少しでも 外れると全く見えない。視野 内に確認表をおけば見える。</u>	強度の視野狭窄があり、外出 ができない等の日常生活で の支障がある。 <u>視力確認表を 本人の正面に置くと、約 1m 離れた距離に置いた場合でも、 目の前に置いた場合でも、 視野狭窄により全く見えない。 視野狭窄のない視野内に 視力確認表を置き直すと 約 1m 離れた距離から見える。</u>
4	65 ページ （4）異なった選択が生じや すい点 正しい選択肢と留意点等	「4. ほとんど見えない」を 選択する。	「 <u>1-12 視力</u> 」の確認方法に おいては視野狭窄や視野欠 損等がある場合も、あくまでも 本人の正面に視力確認表 をおいた状態で行うことが 原則であり、「 <u>約 1m 離れた視 力確認表の図</u> 」が見えない状 況に加え、「 <u>目の前に置いた</u> 」 場合にも見えないことから、 「4. ほとんど見えない」を 選択する。
5	81 ページ 2-5 排尿 （1）調査項目の定義 3 行目	「トイレやポータブルトイ レ、尿器等の <u>排尿直後</u> の掃 除」	「トイレやポータブルトイ レ、尿器等の <u>排尿後</u> の掃除」

6	82 ページ 2-5 排尿 特記事項の例 上段 2 行目	「3. 一部介助」を選択する。 <u>。</u>	「3. 一部介助」を選択する。 <u>。</u>
7	84 ページ 2-6 排便 (1) 調査項目の定義 3 行目	「トイレやポータブルトイレ、排便器等の <u>排便直後</u> の掃除」	「トイレやポータブルトイレ、排便器等の <u>排便後</u> の掃除」
8	96~98 ページ 2-1 1 ズボン等の着脱 ページ上部枠内	<u>ズボン</u> の着脱 (介助の方法)	<u>ズボン等</u> の着脱 (介助の方法)
9	107 ページ 3-5 自分の名前を言う (3) 調査上の留意点及び特記事項の記載例	<p>なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間 (調査日より概ね過去 1 週間) の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。</p> <p>旧姓でも、「自分の名前をいう」ことができれば、「1. できる」を選択する。</p>	<p><u>旧姓でも、「自分の名前をいう」</u>ことができれば、「1. できる」を選択する。<u>。</u></p> <p><u>なお、調査当日の状況と調査対象者や介護者から聞き取りした日頃の状況とが異なる場合は、一定期間 (調査日より概ね過去 1 週間) の状況において、より頻回な状況に基づき選択を行う。その場合、調査当日の状況と日頃の状況との違い、選択した根拠等について、具体的な内容を特記事項に記載する。</u></p>
10	114 ページ 本文 3 行目	「あったか、なかったと」	「あったか、なかった <u>か</u> と」
11	130 ページ (1) 調査項目の定義 3 行目	「話 <u>し</u> 」	「話」
12	132 ページ (1) 調査項目の定義 2 行目~3 行目	「(水を飲 <u>ませ</u> る)」	「(水を飲 <u>む</u>)」
13	142 ページ (3) 調査上の留意点及び特記事項の記載例 3 行目	「当 <u>該</u> の」	「当 <u>該</u> 」

老発 0930 第 6 号
平成 21 年 9 月 30 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

介護認定審査会の運営について

介護認定審査会の具体的な運営については、これまで本職通知「介護認定審査会の運営について」（平成 21 年 3 月 31 日老発第 0331006 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。）により取扱われていたところであるが、今般「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」での指摘を踏まえ、要介護認定等の方法を見直したことに伴い、介護認定審査会が審査判定を行う場合の取扱い方法等について、別添のとおり「介護認定審査会運営要綱」を定め、本年 10 月 1 日から適用することとしたので、通知する。

なお、本通知の施行に伴い、局長通知は平成 21 年 9 月 30 日限りで廃止する。

(別添)

介護認定審査会運営要綱

1 目的

介護保険法（平成9年法律第123号）第14条に規定する介護認定審査会（以下「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。

2 認定審査会の構成

1) 委員

委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長（特別区にあつては区長。以下同じ。）が任命する。その際、以下の点について留意する。

(1) 委員の任期について

委員の任期は、2年とし、再任することができる。

(2) 会長について

認定審査会に会長1人を置き、委員の互選によって選任する。

なお、会長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

(3) 保険者との関係について

認定審査会における審査判定の公平性を確保するため、原則として保険者である市町村の職員を委員として委嘱することができない。ただし、委員確保が困難な場合、保健、医療又は福祉の学識経験者であり、認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することができる。

(4) 認定調査員との兼務について

委員は、原則として、当該保険者の認定調査員として認定調査に従事することができない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員を認定調査に従事せざるを得ない場合においては、この限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定について、当該委員が所属する合議体では行うことができない。

(5) 守秘義務について

委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務がある。

2) 合議体

(1) 合議体の設置

認定審査会は、委員のうちから会長が指名する者をもって構成する合議体で、審査及び判定の案件を取り扱う。

(2) 合議体の構成

合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3人を下回ることはできない。

- ・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合
- ・委員の確保が著しく困難な場合

一定期間中は同じ委員構成とするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員を設置した場合であって、概ね3か月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。特定の分野の委員の確保が困難な場合にあっては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすような人数が交代に出席する方式でも差し支えない。

また、公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましい。

(3) 委員の所属

委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員を所属させることができない。

(4) 合議体の長について

合議体に長を1人置き、当該合議体を構成する委員の互選によって選任する。

なお、合議体の長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

3) 会議について

認定審査会は、会長が招集する（合議体の場合は、基本的に合議体の長が

招集する。)

認定審査会（合議体の場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健、医療又は福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。

審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得よう努める。その上で、認定審査会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

3 審査及び判定

認定審査会は、審査対象者について、認定調査票のうち「基本調査」及び「特記事項」並びに「主治医意見書」に記載された主治医の意見に基づき、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成11年厚生省令第58号）」による要支援認定基準及び要介護認定基準（以下「認定基準」という。）に照らして、

- ・要介護状態又は要支援状態に該当すること
- ・介護の必要の程度等に応じて認定基準で定める区分（以下「要介護状態等区分」という。）

について、審査及び判定を行う。

要介護状態等区分の決定に当たっては要介護認定等基準時間等に基づき、介護に係る時間の審査（以下「介護の手に係る審査判定」という。）を行い、介護の手に係る審査判定において、要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態に該当すると判定された審査対象者については、認知症の程度や心身の状況の安定性等に基づき、心身の状態の維持又は改善可能性の審査（以下「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」という。）を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかの判定を行う。

さらに、特に必要がある場合については、

- ・認定の有効期間
- ・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項
- ・居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項について意見を付する。（4 3）参照

なお、40歳以上65歳未満の審査対象者にあつては、「主治医意見書」により介護保険法施行令（平成10年政令第412号）に規定する特定疾病によって生じている障害（生活機能低下）を原因として要介護状態又は要支援状態となっていることを確認する。

4 認定審査会開催の手順

1) 事前の準備

委員は、別途通知する実施要綱に基づき都道府県又は指定都市が実施する認定審査会委員に対する研修（認定審査会委員研修）を受講し、審査及び判定の趣旨、考え方、手続き等を確認する。

市町村は、認定審査会開催に先立ち、当該開催日の認定審査会において審査及び判定を行う審査対象者をあらかじめ決めた上で、該当する審査対象者について以下の資料を作成する。

- ・基本調査の調査結果及び主治医意見書を用いて、市町村に設置されたコンピュータに導入するために国が別途配布する一次判定用ソフトウェア（以下「一次判定ソフト」という。）によって分析・判定（以下「一次判定」という。）された結果等を表出したもの（以下「認定審査会資料」という。）（一次判定ソフトによる分析・判定の内容については、別紙1及び別紙2を参照）
- ・特記事項の写し
- ・主治医意見書の写し

これらの資料については、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、あらかじめ認定審査会委員に配布することが望ましい。

また、効率的に認定審査会を運営するために、認定審査会開始前に合議体長又は認定審査会事務局に一次判定結果を修正する必要がある場合や意見がある場合は、個別に必要な審査時間を確保することもできる。

2) 審査及び判定の手順（別紙3による）

(1) 一次判定の修正・確定

基本調査の結果を、特記事項及び主治医意見書の内容と比較検討し、基本調査の結果との不整合がないか確認する。

これらの内容に不整合があった場合には再調査を実施するか、必要に応じて主治医及び認定調査員に照会した上で基本調査の結果の一部修正が必要と認められる場合には、調査結果の一部修正を行う。なお、調査結果の一部修正を行う場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅠによるものとする。

なお、再調査後の審査判定は、原則として前回と同一の認定審査会又はその合議体において審査判定を行うこととする。

また、第二号被保険者の審査判定にあたっては、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が

特定疾病によって生じていることを別途老人保健課長名で通知する「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。

なお、主治医意見書を記載した医師が当該診断基準を直接用いていない場合は、主治医意見書記載事項を診断基準に当てはめた上で、特定疾病に該当しているかどうかにつき確認する。

また、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる。

一次判定の修正・確定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 基本調査の選択と特記事項の不整合がある場合

認定調査員の記入や選択の誤りなどにより、明らかに基本調査の選択と特記事項の記載内容に不整合が見られる場合は、各基本調査の定義に基づき、基本調査の選択肢を修正する。

② 日頃の状況と異なる場合

基本調査のうち、「寝返り」等の能力で評価する項目は、当該の行動等について可能な限り実際に試行して評価する項目であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間の状況において、より頻回な状況に基づき選択される。特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要となる。「麻痺等の有無」及び「拘縮の有無」の項目も同様に実際の試行による評価が原則であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて選択することとされているので、特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについて、確認する。

③ より頻回な状況で選択している場合

基本調査のうち、「洗身」等の介助の方法で評価する項目は、基本調査の定義上、一定期間（調査日より概ね過去1週間とする（「つめ切り」は概ね過去1ヶ月）。）の状況において、より頻回に見られる状況で選択される。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、例えば「一部介助」の場合と「全介助」の場合が混在していることがあるので、頻度の評価に基づく選択が適正であるかについて、確認する。

④ 介助されていない状態や実際に行われている介助が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合

介助の方法で評価する項目は、具体的に介助が「行われている」か

「行われてない」の軸で選択を行うことを原則としているが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、認定審査会の判断を仰ぐことができることとなっている。認定調査員が考える適切な介助の方法を選択している場合は、特記事項または主治医意見書の記載をもとに認定調査項目の選択を確認し、介護認定審査会が認定調査員と異なる選択を行う場合は、必要に応じて修正する。修正する場合、その根拠を特記事項又は主治医意見書の記載の中から明らかにする。

なお、認定調査員が「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介助者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

⑤ 認定調査員が選択に迷った項目の確認

認定調査員が選択に迷った場合は、その理由と、申請者の状況が具体的に特記事項に記載される（介護認定審査会資料作成のため、暫定的にいずれかの認定調査項目が選択されている）。認定審査会では、認定調査員が判断に迷った内容を特記事項で確認し、認定調査員の選択の妥当性について確認・修正を行う。

⑥ 特別な医療の確認

特別な医療は、実施者、目的、実施された時期など複数の要件を満たすことが求められるため、特記事項及び主治医意見書の内容から、選択が妥当なものであるか確認を行い、具体的な理由がある場合は修正することができる。特別な医療は、調査項目を選択すると要介護認定等基準時間が加算される仕組みになっており、要件に合わない選択を行うと、必要以上に要介護認定等基準時間が延長（短縮）されることがあるなど、確認は重要である。

⑦ 障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の確認

日常生活自立度に関連する項目は、「認知機能・状態の安定性

の評価」、「運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算」の推計等に用いられることから、慎重な判断が求められる。特記事項及び主治医意見書の記載内容から、明らかに誤りがあると考えられる場合は、基本調査の日常生活自立度を修正することができる。その場合、具体的な根拠を特記事項又は主治医意見書の記載内容から明らかにする。

⑧ 一次判定修正の際の注意点

一次判定修正・確定は、基本調査の定義に基づき認定調査項目を選択することで、一次判定ソフトが判定を行うための情報を正確に入力するための手順である。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要である。なぜなら、一次判定ソフトへの入力情報が誤っている場合、議論の前提となる一次判定結果が、正しく導出されず、誤った入力が発生すると判定にバラツキを生じさせる可能性があるからである。

一次判定の修正は、特記事項や主治医意見書の記載内容と基本調査項目の定義に不整合が確認できる場合にのみ認められ、通常の例と異なる介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべきものである。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目があるが、主治医意見書は、認定調査と異なる視点（定義）から作成されている。

(2) 介護の手間に係る審査判定

次に、一次判定の結果（基本調査の結果の一部を修正した場合には一次判定ソフトを用いて再度一次判定を行うなどにより得られた一次判定の結果）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手間に係る審査判定を行う。

認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する。

「通常の例」の定義は、基本調査の定義以外に設定されていないが、認定審査会の各委員の専門職としての経験から判断を行う。

ただし、より長い（短い）時間を介護に要するという結論に達した場合も、それが直ちに要介護状態等区分の変更につながるとは限らない。要介護認定等基準時間なども参考にしながら、区分の境界となっている時間を超えるほどの「介護の手間」があるかないかを議論する。

また、被保険者に対する保険者の説明責任を果たすという観点からも、変更を行う際には、その理由を明確にする必要がある。一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の通常の例と異なる介護の手間が読み取れる具体的な箇所を明示し、これを

記録することが重要である。

なお、審査判定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 介護の手間が通常の例より多い（少ない）と考えられる場合

介助の方法で評価する調査項目では、ほとんどの項目がそれぞれの項目の定義に基づき「介助されていない」、「見守り等」、「一部介助」、「全介助」で評価されるが、同じ選択肢であっても、介助量としては大きな幅を持っているため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、具体的な介助量を確認、検討する必要がある。

また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連（認知症に伴う行動・心理症状）の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、行動が「ある」ことをもって介助が発生しているとは限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、コンピューターでは加味しきれない具体的な介助量を確認し、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択するが、主治医意見書や特記事項の記載をもとに、適切な介護が行われるよう配慮して行うことが重要である。また、この場合、適切な介護が受けられるように、介護認定審査会は必要な療養に関する意見を付し、それを市町村や介護支援専門員に伝えることができる。

② 頻度から内容を検討する場合

介助の方法を評価する調査項目では、より頻回な状態をもって調査を行うこととされている。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっている場合、常に「全介助」が行われているとは限らない。その場合、要介護認定等基準時間も参考にしつつ、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、頻度には一定の幅があるため、必要に応じて、具体的な頻度を確認する必要がある。特記事項の内容から、頻度を確認し、基本調査で推計されたものより、より介護の手間がかかるか、かからないのかについて検討を行う。

③ 要介護認定等基準時間の参照

要介護認定等基準時間は、介護に要する時間を測るための「ものさし」であり、示された時間に応じて要介護状態区分が決まる。要介護認定等基準時間が隣の区分の境界の近くに位置するのか、遠くに位置

するのかの相対的位置関係を把握することは介護の手間にかかる審査判定において合議体の中で議論が分かれた場合などに、共通の視点をもつことができるという意味で有用である。

④ 参考指標による妥当性検証

介護の手間にかかる審査判定にあたっては、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」や「要介護度変更の指標」など、過去の審査判定データを参考指標として参照することができる。

参考指標については、介護認定審査会の開催時に配布するなど常に参照できるようにしておくことが重要である。

新たな要介護認定方法の導入に当たり、認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うにあたっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用されたい。

議論は、特記事項または主治医意見書に記載された介護の手間の記載に基づいて行う。それ以外の情報は、議論の参考にはできないが、一次判定変更の理由にはならない。したがって、特記事項または主治医意見書に具体的な介護の手間を読み取ることができない場合は、一次判定を変更することはできない。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布は、申請者の障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせと、二次判定後の要介護度の分布を、過去の審査判定結果を統計的に処理した結果に基づき表示した指標である。審査対象者が日常生活自立度の観点から、どのような要介護度に決定されることが多いかについての比率を示していることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したものを示している。（別紙6を参照。）

要介護度変更の指標は、過去の審査判定において一次判定の変更が行われたケースにおける、特徴的な調査項目の選択状況を、統計的な処理に基づき示したものであり、重度変更または軽度変更された審査対象者の調査項目の選択肢の傾向を示している。過去のデータにおいては、●と○の数の差が3つ以上ある場合に、変更されている場合が多いことがわかっていることから、当該場合の変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本通知発出後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面の間、本通知において示すものを使用されたい。（別紙6を参照。）

介護の手に係る審査判定において一次判定の結果を変更する場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅡによるものとする。

(3) 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定した場合には、認定審査会資料に示された「認知機能・状態の安定性の評価結果」を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、別紙5の「予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について」を参照して、状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかについて、判定を行う。

要介護認定等基準時間三十二分以上五十分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかが一次判定として介護認定審査会資料に表示される。

表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができる。

認知機能の低下、状態の安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を、特記事項及び主治医意見書から明らかにし、これを記録する。

一次判定ソフトでは、過去の全国の判定結果に基づき、認定調査項目から、「認知機能の低下」及び「状態の安定性」という二つの要件の蓋然性を推計し、その結果を介護認定審査会資料に掲載している（別紙2-1を参照。）。

ただし、ここで示される結果は、統計に基づく推計値であるため、すべての場合で、必ずしも実態と整合するとは限らない。必ず認定審査会での議論を通じて、特記事項及び主治医意見書の内容を吟味の上、「認知機能の低下」「状態の安定性」についての定義に基づき判定を行う。

また、二次判定での変更により、「要介護認定等基準時間が、三十二分以上五十分未満」に相当すると判断した場合も、介護認定審査会資料の推計値と特記事項、主治医意見書の記載を参照し、「認知機能の低下」「状態の安定性」の観点から判定を行う。その際、一時的に「歩行が不安定」または「精神的に不安定」といった要素があることのみを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできず、あくまでも、要介護度の再評価が短期間（概ね6か月程度）に必要かどうかという観点から変更を行う。

なお、認定調査員は、認知症に関する医学的知識を必ずしも持ち合わせているとは限らず、また、主治医も患者の自宅での生活について限定された情報しか把握していない場合があることから、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要である。その上で介護認定審査会資料に提示された「認知機能の評価結果」及び特記事項、主治医意見書の記載内容をもとに、予防給付の利用の理解が困難かどうか、総合的に判定する必要がある。平成21年度の認定調査から、申請者のより詳細な認知症に関する情報を調査員から伝えてもらえるように、認知症高齢者の日常生活自立度についても特記事項を記載する欄を設けることとした。こうした情報についても留意し、審査判定を行う。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定に当たっては、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅢによるものとする。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した場合には、別紙5の「予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について」に示された、いずれの状態像に該当するか確定する。

3) 認定審査会が付する意見

認定審査会は、認定の有効期間及び被保険者の要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化を防止するために必要な療養について、意見を付することができるが、認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。

(1) 認定の有効期間を定める場合の留意事項

認定審査会が認定の有効期間について意見を述べる場合は、「現在の状況がどの程度継続するか」との観点から以下の考え方を基本に認定の有効期間についての検討を行う。

[認定の有効期間を原則より短く定める場合]

- ・状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した者であって、別紙5に示した「予防給付の適切な利用が見込まれない状態像」のうち、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」に該当するとされた者等、身体上または精神上的の生活機能低下の程度が短期間に変動しやすい状態にあると考えられる場合
- ・施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化する可能性があると考えられる場合
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

[認定の有効期間を原則より長く定める場合]

- ・身体上または精神上の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態等区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

(2) 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見
 介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

「介助の方法」の項目で、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であるとして、認定調査員が考える適切な介助の方法を選択した場合は、適切な介助の方法について意見を付することもできる。

ケアプランを作成する介護支援専門員は、必ずしも保健・医療・福祉のすべての分野に精通しているわけではない。これらの有識者の集合体である合議体の視点から見て、特に必要である療養に関して意見を述べることで、被保険者にとってよりよいサービスが提供されることが期待されている。特に、実際に行われている介助が不適切な場合、療養に関する意見を付す。

なお、介護認定審査会は意見を述べることができるが、サービスの種類を直接に指定することはできない。

「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」が付された場合、その意見に基づき、市町村はサービスの種類を指定することができる。ただし、市町村がサービスの種別を指定すると、申請者は指定されたサービス以外は利用できなくなるため、申請者の状況について慎重に検討する必要がある。

種類の指定にあたっては「通所リハビリテーションを含む居宅サービス」等、複数のサービスを組み合わせての指定が可能である点に留意する。

特に、実際に行われている介助が不適切な場合や介護認定審査会から療養についての意見が付された場合に、市町村は介護支援専門員と連絡を取り、適切に介護が提供されるように努めることが重要である。

4) 審査及び判定に当たっての留意事項

(1) 概況調査等の取扱いについて

概況調査及び過去に用いた審査判定資料については、認定審査会が当該審査対象者の状態を把握するために参照することはさしつかえないが、審査判定の際の直接的な資料としては用いない。

なお、概況調査の結果等を参照した場合であっても、4-2)の規定に基づいて、一次判定により示された要介護状態等区分の結果及び認知機能・状態の安定性の評価結果を変更することとした場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」によるものとする。

(2) 認知機能・状態の安定性の評価結果の取扱いについて

認定審査会資料のうち別紙2の「認知機能・状態の安定性の評価結果」は、介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定された者に対する状態の維持・改善可能性に係る審査判定においてのみ用い、介護の手に係る審査判定において「認知機能・状態の安定性の評価結果」を用いることはできない。

(3) 委員が審査判定に加われない場合について

市町村は、審査判定を行う合議体に審査対象者が入院若しくは入所し、又は介護サービスを受けている施設等に所属する委員が含まれないように、審査判定を行う合議体の調整に努める。

審査対象者が入所等をしている施設等に所属する者が、当該合議体に委員として出席している場合には、当該審査対象者の審査及び判定に限って、当該委員は判定に加わることができない。ただし、当該審査対象者の状況等について意見等を述べることは差し支えない。

(4) 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について

審査判定にあたって、必要に応じて、審査対象者及びその家族、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができる。

(5) 認定審査会の公開について

認定審査会は、第三者に対して原則非公開とする。

(6) 記録の保存について

審査判定に用いた記録の保存方法等については、必要に応じて各市町村ごとにその取扱いを定める。

(7) 国への報告について

別途設置する認定支援ネットワークシステムを用いて、審査判定があった日の翌月の10日までに別途定める事項を国に報告する。

事 務 連 絡
平成21年10月9日

各〔都道府県〕
〔市町村等〕 介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

10月以降の要介護認定等の方法の見直しに伴う再申請等の勧奨及び状況の把握について

介護保険制度の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年4月からの要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）方法の見直しの影響について「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」において検証を行ったところ、軽度者等の割合が増加していることが明らかになったことから、本年10月1日より、平成21年4月からの要介護認定方法を新たに見直したところです。

これに伴い、本年4月から9月までに新規に要介護認定申請を行った方については、新たな要介護認定方法では、従前の方法による要介護状態区分と異なる結果となる可能性があることから、平成21年8月7日付け事務連絡「要介護認定等の見直し及び経過措置終了に係るQ&A」において、パンフレットなどを活用して周知を図るとともに、認定結果が実情と一致しない趣旨の相談に対しては、区分変更申請や再申請を促すなどの特段の配慮をお願いしているところです。

10月からの要介護認定の見直しの趣旨を踏まえ、貴市町村等におかれましては、本年4月1日以降新規に認定申請を行った方のうち、特に①非該当と判定された方、②ご本人の認識よりも軽度（重度）に判定されたと申し出られた方に対して、それぞれ再申請や区分変更申請の勧奨を行っていただくよう、改めてお願いいたします。なお、当該勧奨に当たっては、前述の平成21年8月7日付け事務連絡に添付した利用者への説明用パンフレットや別紙1などをご活用下さい。

また、貴都道府県におかれましては、上記勧奨や再申請等の状況を把握することが必要であるため、別紙2の様式に従い、管内市町村等の状況を記載した上で、11月30日（月）までに報告いただきますようご協力お願いいたします。

本件連絡先 厚生労働省老健局老人保健課 課長補佐 天本 介護認定係 青木、迫田 TEL 03-5253-1111（内）3944 FAX 03-3595-4010

平成21年4月から9月に新規に要介護認定を申請された皆様へ

- ◆ 10月より要介護認定の方法が見直されました。
- ◆ 「非該当」とされた方で、実情と一致していないと思われる場合は、再申請を行うことができます。
- ◆ 認定された要介護度が実情と一致しないと思われる場合は、区分変更申請を行うことができます。

○ 本年4月に行った、要介護認定の見直しについて、その影響を有識者・関係者からなる厚生労働省の検討会において検証したところ、認定のばらつきは是正されているものの、軽度者等の割合が増加していることが明らかになったことから、本年10月1日より、新たに認定方法を見直しました。

○ 要介護認定の結果、

- ① 「非該当」と判定された方で、実情と一致していないと思われる場合は、再申請を行うことができます。（※必ず認定されることを保証するものではなく、再度「非該当」となる場合もあります。）
- ② 「要支援1」、「要支援2」又は「要介護1」～「要介護5」と認定された方で、その要介護度が実情と一致していないと思われる場合は、有効期間終了前であっても区分変更申請を行うことができます。（※必ず希望どおりの要介護度で認定されることを保証するものではありません。）

【お問い合わせ先】

ご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

〇〇市 〇〇課 〇〇係

電話番号：

市町村等名	平成21年4月～9月に新規申請をされた方について									
	非該当者について				要支援1～要介護5に判定された者について				備考 (※4)	
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧		⑨
	平成21年4月～9月までに新規に申請し、平成21年11月20日までに二次判定された者	①のうち、非該当とされた者(平成21年9月30日までに再申請を行い、要支援1～要介護5で認定された者を除く)	②のうち、平成21年11月20日までに再申請の勸奨を行った者(※1)	②のうち、平成21年10月1日以降、11月20日までに再申請を行った者	①のうち、要支援1～要介護5と判定された者(①-②)	⑤のうち、本人の認識よりも軽度(重度)に認定されたとして、申し出られた者(※2)	⑥のうち、平成21年11月20日までに区分変更申請の勸奨を行った者(※1)	⑤のうち、平成21年10月1日以降、11月20日までに区分変更申請を行った者	③、⑦について広報誌、ホームページの掲載等不特定多数へのPRの実施について(※3) 1. 実施した 2. 実施していないが、今後実施する予定 3. 予定なし	

※1 電話や訪問した上での勸奨に加え、平成21年8月7日付のパンフレットや今回の別紙1を送付する等も含まれます。(※9による勸奨は除く。)
 ※2 把握している範囲で記入していただき、全く不明な場合は、「—」を記入してください。
 ※3 選択肢1～3のいずれかを記入してください。
 ※4 ①～⑨について、その他特記すべき事項がある場合は、本欄に記入してください。特に⑨の具体的な取組みがあれば記載してください。

事 務 連 絡
平成 22 年 1 月 15 日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）
要介護認定担当者 殿

厚生労働省老健局老人保健課

要介護認定の見直しに係る検証・検討会における検討結果について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。本日「第 4 回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」が開催され、会議を受けて、「平成 21 年 10 月からの要介護認定方法の見直しに係る検証について」が別添のとおり取りまとめられたところです。

当該取りまとめ内容を踏まえ、今後より充実した研修の実施及び認定調査や介護認定審査会における特記事項の活用について、後日、改めて周知することとしておりますのでご承知願います。

なお、参考として本日の「第 4 回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」において使用した資料（参考資料を除く）を添付いたします。

平成21年10月からの要介護認定方法の見直しに係る検証について

平成22年1月15日
要介護認定の見直しに係る検証・検討会

- (1) 平成21年7月28日に開催された、第3回の要介護認定の見直しに係る検証・検討会では、昨年4月の要介護認定方法の見直しにより、非該当者及び軽度者の割合が増加したこと等を踏まえ認定調査員テキストを修正し、修正の考え方や内容を自治体等に十分に周知すべきとした。
また、厚生労働省に対し、見直し後の要介護認定の実施状況について、本検証・検討会に報告するよう求めた。
- (2) 本検証・検討会の指摘を受けて、厚生労働省において、認定調査員テキストが修正され、市町村への情報提供や調査員等に対する研修が行われた上で、昨年10月より市町村等において新たな方法による要介護認定が開始された。今回、その実施状況について、厚生労働省から報告があった。
- (3) まず、昨年4月から9月までに新規に要介護認定申請を行い、非該当者となった方等に対し、市町村から再申請等を勧奨した結果、より適切な要介護認定となった。
4月からの見直しで影響があった方に対し、厚生労働省、自治体等の適切な連携により、迅速な対応が図られ、要介護認定の現場が概ね安定したことについては、一定の評価ができる。
- (4) 次に、要介護認定のバラツキについては、全体的に相当程度小さくなっていることから、平成21年4月以降の見直しによって、要介護認定のバラツキを抑えるという制度改正の目的は一定程度達成できたと考えられる。
- (5) ただし、要介護度別の分布については、昨年4月からの見直しと比べると非該当者及び軽度者の割合は大幅に減少し、概ね同等の分布となったものの、過去3年と比べて一部の軽度者の割合が若干大きくなっていることも事実である。
- (6) 本検証・検討会としては、これらの結果や、特記事項の活用が不十分であると思われる状況などを踏まえ、厚生労働省に対し、今後、各自治体等においてより充実した研修が実施されるよう対応を徹底するとともに、認定調査及び介護認定審査会における特記事項の活用について改めて周知することを求めたい。
- (7) 以上により、平成21年4月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、本検証・検討会の目的は概ね達成できたものと判断し、本検証・検討会は、今回で終了することとする。
- (8) なお、今後の要介護認定のあり方等については、介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。

事務連絡
平成22年2月2日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

「要介護認定の見直しに係る検証・検討会」における検討結果を踏まえた
認定調査及び介護認定審査会における留意事項等について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。去る1月15日に開催された「第4回要介護認定の見直しに係る検証・検討会」（以下「検討会」という。）において、平成21年10月以降の要介護認定の状況について、別紙1のとおり取りまとめられたところです。

については、下記の事項に留意されるようお願いいたします。

記

1. 要介護認定方法の見直しに伴う再申請等の勧奨について

平成21年4月から9月までに新規に要介護認定申請を行った方（以下「新規申請者」という。）については、平成21年10月9日付け事務連絡「10月以降の要介護認定等の方法の見直しに伴う再申請等の勧奨及び状況の把握」において、特に①非該当と判定された方、②ご本人の認識よりも軽度（重度）に判定されたと申し出られた方に対して、それぞれ再申請や区分変更申請の勧奨を行うようお願いしたところです。

検討会では、再申請等の勧奨の実施率が一部の地域で低いと指摘された（別紙2）ことから、新規申請者に再申請や区分変更申請ができる旨を周知していない場合は、それらの申請の勧奨を行っていただきますよう改めてお願いいたします。

2. 研修の充実及び認定調査、介護認定審査会における留意点の周知について

検討会では、

- ・ 認定質問窓口への問い合わせ状況をみると、特記事項の適切な記載がポイントとなる内容についての質問が多くを占めている（別紙3）

- ・ 認定調査員への研修における説明状況をみると特記事項の記載についての重点的な説明が徹底されていない（別紙4）
 - ・ 研修において、特記事項について十分な説明が行われている自治体では非該当及び要支援1の割合は、過去3年とほぼ同等となっている（別紙5）
- ことから、より充実した研修の実施と特記事項の活用について改めて周知することが指摘されました。

については、昨年8月に配布したDVD等を一層活用いただくともに、認定調査員及び介護認定審査会委員等の関係者に対し、以下の点に留意されるよう改めて周知徹底をお願いいたします。なお、別紙6の例については、特殊な例ではなく、特記事項の記載の考え方について示した例であり、各調査項目において、以下の留意点に従って行うよう周知徹底をお願いいたします。

（留意点）

1. 認定調査員は、特に軽度者への認定調査に当たっては、「介助されていない」や「ない」等の選択肢を選択する場合でも、実際に介護の手間が発生している場合には、特記事項に介護の手間と頻度を記載する。
2. 認定調査員は、実際に発生している介護の手間が選択肢の選択基準に含まれていない場合は、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載する。
認定調査員は、いずれの認定調査項目にも当該介護の手間に対応した項目が設定されていない場合には、具体的な介護の手間の内容と頻度を記載する。
3. 特に、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上のケースについては、BPSD関連項目等について実際の介護の手間が発生しているかどうかについて確認を行い、実際に介護の手間が発生している場合は、特記事項に、その手間及び頻度について記載すること。
4. 認定審査会は、上記のように認定調査員が記載した特記事項等を用いて、必要な場合には、一次判定結果の変更（重度変更及び軽度変更）を行うこと。
特に、一次判定で要支援1等の軽度と判定されたケースで、かつ、「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅡ以上のケースについては、BPSD関連項目の特記事項等に注目して、一次判定の変更の必要性について検討すること。

平成 21 年 10 月からの要介護認定方法の見直しに係る検証について

平成 22 年 1 月 15 日
要介護認定の見直しに係る検証・検討会

- (1) 平成 21 年 7 月 28 日に開催された、第 3 回の要介護認定の見直しに係る検証・検討会では、昨年 4 月の要介護認定方法の見直しにより、非該当者及び軽度者の割合が増加したこと等を踏まえ認定調査員テキストを修正し、修正の考え方や内容を自治体等に十分に周知すべきとした。
また、厚生労働省に対し、見直し後の要介護認定の実施状況について、本検証・検討会に報告するよう求めた。
- (2) 本検証・検討会の指摘を受けて、厚生労働省において、認定調査員テキストが修正され、市町村への情報提供や調査員等に対する研修が行われた上で、昨年 10 月より市町村等において新たな方法による要介護認定が開始された。今回、その実施状況について、厚生労働省から報告があった。
- (3) まず、昨年 4 月から 9 月までに新規に要介護認定申請を行い、非該当者となった方等に対し、市町村から再申請等を勧奨した結果、より適切な要介護認定となった。
4 月からの見直しで影響があった方に対し、厚生労働省、自治体等の適切な連携により、迅速な対応が図られ、要介護認定の現場が概ね安定したことについては、一定の評価ができる。
- (4) 次に、要介護認定のバラツキについては、全体的に相当程度小さくなっていることから、平成 21 年 4 月以降の見直しによって、要介護認定のバラツキを抑えるという制度改正の目的は一定程度達成できたと考えられる。
- (5) ただし、要介護度別の分布については、昨年 4 月からの見直しと比べると非該当者及び軽度者の割合は大幅に減少し、概ね同等の分布となったものの、過去 3 年と比べて一部の軽度者の割合が若干大きくなっていることも事実である。
- (6) 本検証・検討会としては、これらの結果や、特記事項の活用が不十分であると思われる状況などを踏まえ、厚生労働省に対し、今後、各自治体等においてより充実した研修が実施されるよう対応を徹底するとともに、認定調査及び介護認定審査会における特記事項の活用について改めて周知することを求めたい。
- (7) 以上により、平成 21 年 4 月に行われた要介護認定の見直しに伴う混乱については、ほぼ終息し、本検証・検討会の目的は概ね達成できたものと判断し、本検証・検討会は、今回で終了することとする。
- (8) なお、今後の要介護認定のあり方等については、介護保険制度全般の見直しに向けた議論の方向性を待って、公開の場で議論を進めていくことが適当である。

事務連絡
平成22年4月30日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があります。

については、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合は、下記の事項に留意し、適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行っていただくようお願いいたします。

記

1. 暫定ケアプランの作成について

保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができます。また、一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を徹底いただくようお願いいたします。

2. 要介護認定の実施について

一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いいたします。

3. 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

入院している末期がん等の方が、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています。

入院している末期がん等で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いいたします。

(参考)

①介護報酬上の評価

○平成 21 年度より新規に導入

- ・医療連携加算：150 単位／月（利用者 1 人につき 1 回を限度）
- ・退院・退所加算：400 単位／月（入院期間が 30 日を超えない場合）
600 単位／月（入院期間が 30 日を超える場合）

②診療報酬上の評価

○平成 22 年度より新規に導入

- ・介護支援連携指導料 300 点（入院中 2 回）

○平成 22 年度以前より導入

- ・退院時共同指導料 300 点（入院中 1 回）
- ・急性期病棟等退院調整加算 140 点（退院時 1 回）（平成 22 年度に改正）

4. 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成 21 年 9 月 30 日老老発 0930 第 2 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において「40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入」することとしています。

主治医意見書に末期がんであることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう、主治医の皆さまに周知願います。ただし、告知の問題については十分留意願います。

5. 区分変更申請の機会の周知について

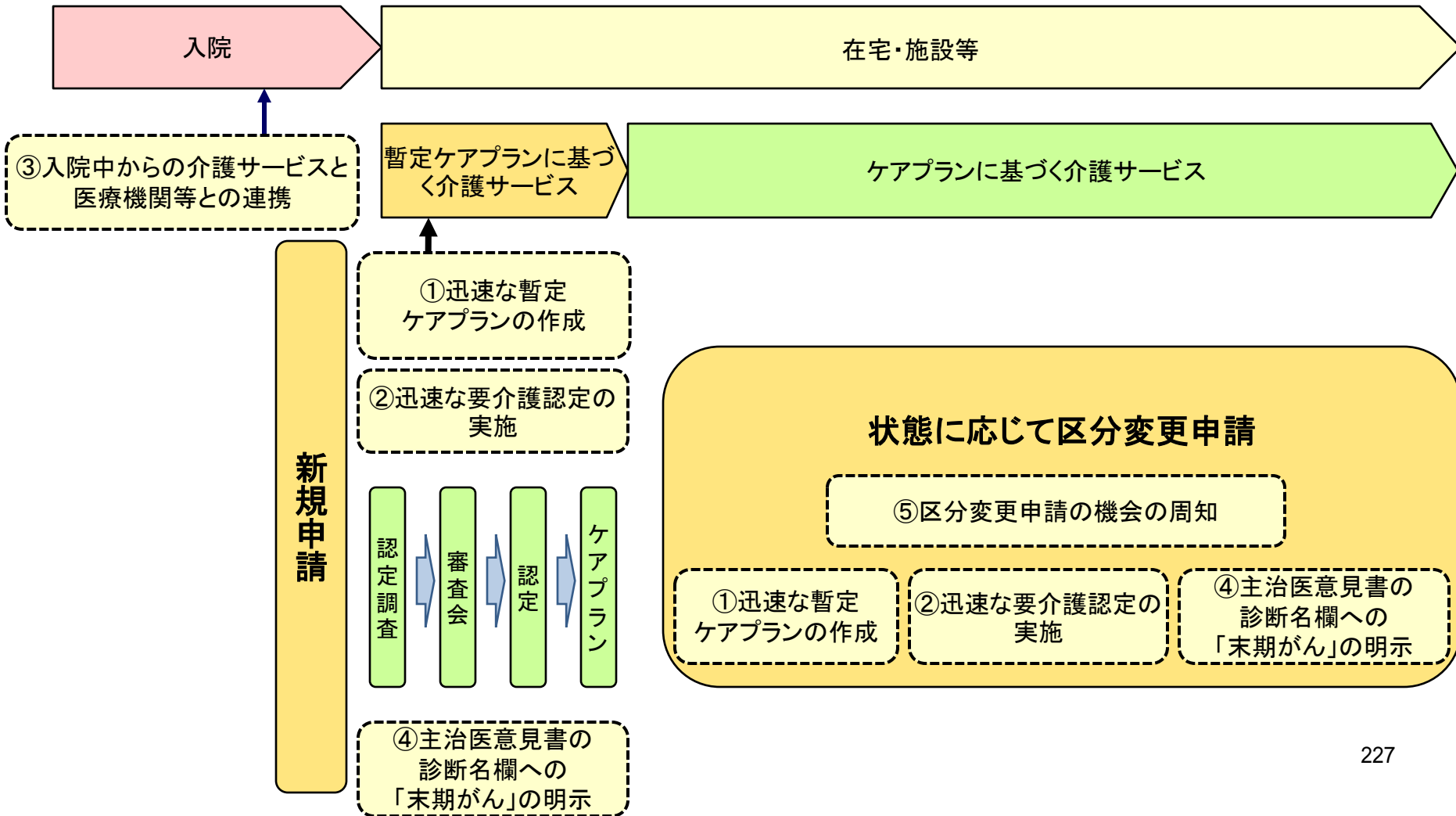
末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。

したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知願います。

末期がん等の方への要介護認定等における対応について

- 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会の周知等を行い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。

末期がん等の方への要介護認定等(イメージ)



事 務 連 絡

平成22年10月25日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局振 興 課

老人保健課

末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年4月30日に、迅速な介護サービス提供が必要となる末期がん等の方への要介護認定等における留意事項として、暫定ケアプランによる介護サービスの提供や迅速な認定調査の実施等について事務連絡を発出したところであります。

今般、要介護認定で要支援1、2及び要介護1と判定された方のうち、末期がん等の心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる方に対する福祉用具貸与の取扱い及び要介護認定時の留意事項について、改めて下記のとおりお伝えいたしますので、ご了知願います。

記

1. 指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について

要支援者及び要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。

ただし、要支援者及び要介護1の者であっても、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、

市町村の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。

なお、判断にあたっては、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合、書面等により確認し、その要否を判断してください（別添1及び2参照）。

2. 介護認定審査会が付する意見について

介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付することができます（別添3参照）。

つきましては、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる方については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していただきますよう、審査会委員への周知をお願いします。

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について
～抄～

平成12年3月1日老企第36号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知
(最終改正 平成21年4月21日)

(2) 要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護一の者(以下(2)において「軽度者」という。)に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト(つり具の部分を除く。)」(以下「対象外種目」という。)に対しては、原則として算定できない。しかしながら第二十三号告示第二十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

(中略)

ウ また、アにかかわらず、次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

(中略)

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第二十三号告示第二十一号のイに該当することが確実に見込まれる者
(例 がん末期の急速な状態悪化)

(後略)

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について　～抄～

平成18年3月17日老計発第0317001号
老振発第0317001号
老老発第0317001号
厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知
（最終改正 平成22年3月31日）

（2）要支援一又は要支援二の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要支援一又は要支援二の者（以下(2)において「軽度者」という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」及び「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。しかしながら第二十三号告示第六十五号において準用する第二十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（中略）

ウ また、アにかかわらず、次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（中略）

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに第二十三号告示第六十五号において準用する第二十一号のイに該当することが確実に見込まれる者（例　がん末期の急速な状態悪化）

（後略）

介護認定審査会の運営について ～抄～

平成21年9月30日老発0930第6号
厚生労働省老健局長通知

3) 認定審査会が付する意見

(中略)

(2) 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見

介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

(後略)

各都道府県介護保険主管課 御中

厚生労働省老健局老人保健課

二次予防事業における要介護認定等の結果の積極的な活用について

介護保険制度の円滑な推進について、御尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

今般、二次予防事業が円滑に実施されるよう「地域支援事業の実施について」の一部改正（平成23年7月14日付老発0714第2号）を行ったところですが、その実施にあつては、下記に留意するよう管内市町村に周知願います。

記

1. 要介護認定等において非該当と判定された者への二次予防事業の円滑な実施について

要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）において非該当と判定された者に対し、二次予防事業等の必要な支援を行うにあたり、市町村の要介護認定の担当課室と地域包括支援センター等との間で、必要な情報の共有が図られることが重要である。

しかしながら、個人情報保護の観点から、要介護認定情報（認定調査の結果、介護認定審査会による判定結果や意見、主治医意見書などをいう。以下同じ。）の共有が困難であるという指摘があることから、次の取り扱いを参考に、必要な情報の共有を図りながら、要介護認定の非該当者に対し、二次予防事業を積極的に実施されたい。

2. 要介護認定情報等の共有について

二次予防事業対象者の把握にあたっては、要介護認定等の担当課室と地域包括支援センター等との間で、積極的に情報を共有すること。

なお、別紙の通り、「要援護者に係る情報の把握・共有及び安否確認等の円滑な実施について」（平成19年8月10日付関係部局課長通知）においては、災害時に迅速かつ的確に要援護者の避難支援を行うためには、日頃から、要援護者として想定される高齢者等の情報把握を要介護認定情報等により把握することが重要であるとされており、本人から同意を得ない場合であっても、「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」等の場合には、目的外利用・第三者提供が可能である旨示されているので、情報の共有にあたり参照されたい。

問合せ先

厚生労働省老健局老人保健課

介護予防・介護認定担当 川崎、鈴木

03-5253-1111（内線 3947、3944）

要援護者に係る情報の把握・共有及び安否確認等の円滑な実施について(抄)

(平成19年8月10日、厚生労働省雇用均等・児童家庭局総務課長、厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課長、厚生労働省社会・援護局総務課長、厚生労働省社会・援護局地域福祉課長、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長、厚生労働省老健局総務課長通知)

(略)

1. 要援護者の把握について

災害時に迅速かつ的確に要援護者の避難支援を行うためには、日頃から、要援護者の把握を適切に行っていることが重要であるが、要援護者として想定される高齢者や障害者、妊産婦、乳幼児等の情報については、市町村の福祉関係部局において、以下のような方法等により、漏れのない情報把握に努めること。

- ・ 要介護者の情報に関しては、要介護認定情報等により把握する

(中略)

2. 要援護者情報の共有について

災害時に要援護者の避難支援等を行うためには、日頃から、防災関係部局と連携して、要援護者情報を自主防災組織や民生委員児童委員等の関係機関と共有しておくことが重要であるが、その際、個人情報保護への配慮から、以下の点に留意しつつ、関係機関との要援護者情報の共有を図られたい。

(中略)

② 関係機関共有方式

一方、要援護者本人から同意を得ない場合であっても、地方公共団体の個人情報保護条例において、保有個人情報の目的外利用・第三者提供を可能とする規定を整備することにより、個人情報を他の関係機関との間で共有することが考えられる(関係機関共有方式)。

個人情報保護条例における目的外利用・第三者提供が可能とされる規定例として、以下の例があげられるが、これらの規定に基づく要援護者の情報の共有は可能とされており、こうした規定に基づく関係機関との要援護者の情報の共有について、積極的な取組みを行うこと。

- ・ 「本人以外の者に保有個人情報を提供することが明らかに本人の利益になると認められるとき」
- ・ 「保有個人情報を提供することについて個人情報保護審議会の意見を聴いて特別の理由があると認められるとき」

(以下略)

事 務 連 絡

平成23年10月18日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、末期がん等の方の要介護認定等の取扱いについては、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年4月30日付事務連絡）及び「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）において、適切な要介護認定等の実施及び介護サービスの提供をお願いしているところです。

今般、平成22年度老人保健健康増進等事業において、各市町村のご協力をいただき財団法人日本公衆衛生協会が実施した「末期がん患者の認定状況調査」の結果について下記のとおりお知らせしますので、末期がん等の方に対する要介護認定等の実施に引き続きご協力をいただきますようお願いいたします。

記

1. 調査概要

調査方法：介護保険全保険者（1,587）に対するアンケート調査

調査対象：末期がんと診断された方のうち、平成22年5月～10月の6ヶ月間に要介護認定等の新規申請を行った第2号被保険者

調査項目：年齢、性別、基礎疾患、申請日、認定調査日、審査会開催日、認定日、資格喪失日 等

回答率：保険者調査 917/1,587 (57.8%)

※なお、集計については、917自治体のうち、申請者に末期がんと診断されている方がいなかった245自治体及び回答欄が一部未記入のため集計対象外とした84自治体を除いた588自治体を対象とした。

個別申請者調査 4,680人分データ

2. 保険者調査結果

保険者調査の結果、申請から二次判定までの日数が20日を超えている保険者が86.6%、30日を超えている保険者も38.1%ありました（表1）。認定調査については、申請後5日以内に実施している保険者が27.7%であり、6～10日で実施している保険者は50.2%でした（表2）。

また、調査から二次判定までの状況を見ると、20日を超えている保険者が47.8%でした（表3）。

3. 個別申請者調査結果

個別申請者の調査の結果、申請から二次判定までの平均日数は28.9日であり（図1）、19.4%の方が二次判定前に亡くなっていました（表4）。

末期がんの方の申請後の経時的な状況の変化を推計したところ、申請後15日で約1割の方が、申請後25日で約2割の方が、申請後40日で約3割の方が亡くなるという結果となりました（図2）。

4. まとめ

末期がんの方に対する要介護認定等について、認定調査の迅速化は多くの保険者において取り組んでいただけていますが、申請後二次判定までは多くの保険者において一定の日数を要しており、迅速な二次判定に向けた取組みが引き続き重要と考えられます。

また、末期がんの方については、申請後短期間で亡くなる方が一定程度存在するため、市町村等において、末期がんの方に対する迅速な要介護認定等を行えるよう関係機関等との連携体制の構築や、暫定ケアプランの適切な活用といった取組みが重要となります。引き続き末期がんの方に対する適切な要介護認定等の実施にご協力をいただけますようお願いいたします。

〈参考〉

今回の調査について、より詳細な結果を含む報告書は下記からアクセスが可能です。

- ・「高齢者の心身状態の適正な評価方法の開発に関する調査研究事業」

http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_09_04.pdf

平成22年度に発出した関連事務連絡は下記の通りです。

- ・「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年4月30日付事務連絡）

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_1.pdf

- ・「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_2.pdf

表 1 申請から二次判定までの日数区別の保険者数

20 日以内	21～30 日	30 日超	全体
79 (13.4%)	285 (48.5%)	224 (38.1%)	588 (100.0%)

表 2 申請から調査までの日数区別の保険者数

5 日以内	6～10 日	10 日超	全体
163 (27.7%)	295 (50.2%)	130 (22.1%)	588 (100.0%)

表 3 調査から二次判定までの日数区別の保険者数

15 日以内	16～20 日	20 日超	全体
132 (22.4%)	175 (29.8%)	281 (47.8%)	588 (100.0%)

図 1 申請から認定までの日数別の度数分布

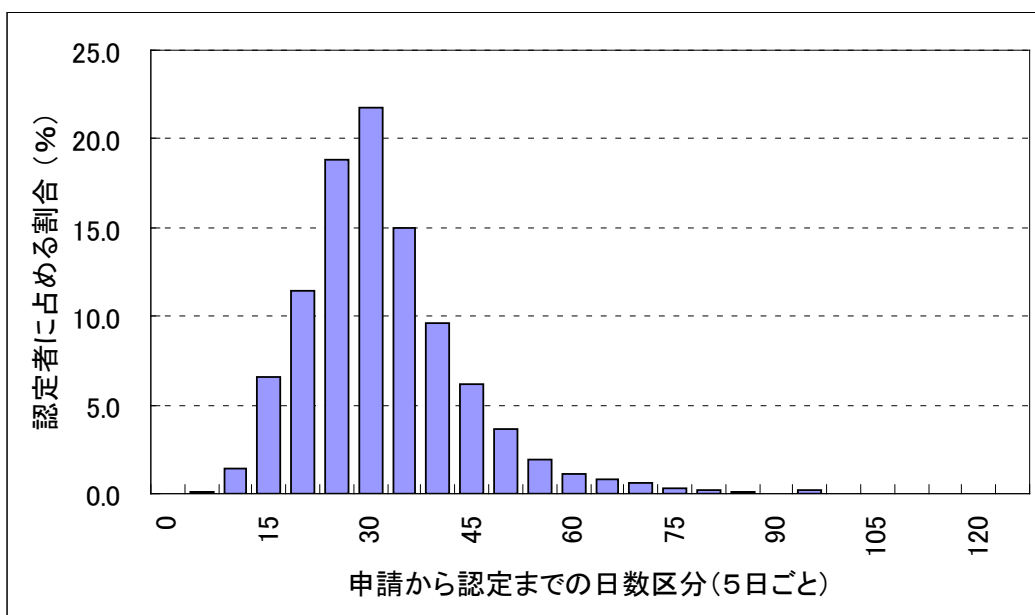
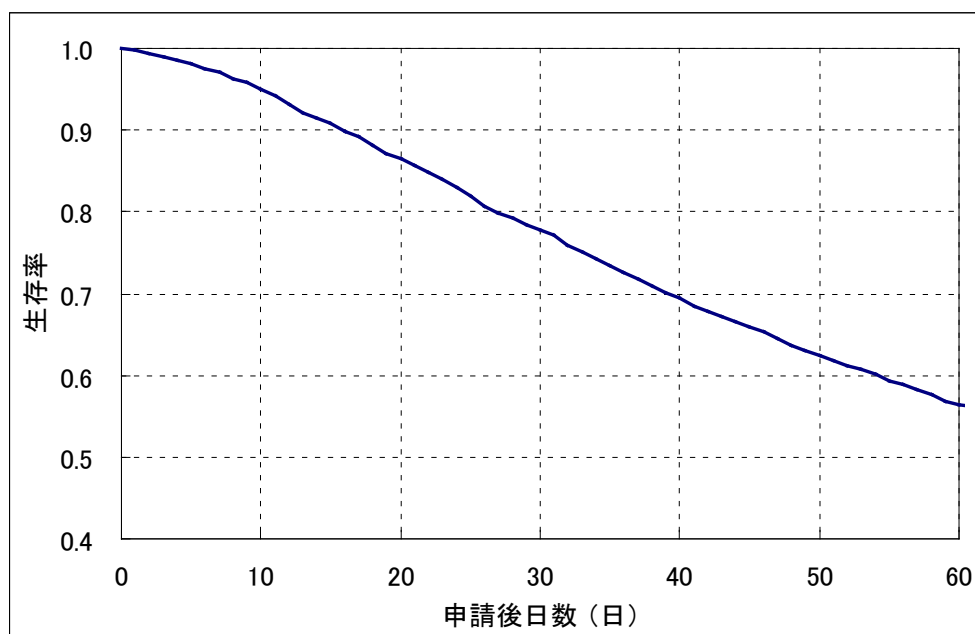


表4 申請から二次判定までの日数別の申請者数・死亡者数等

死亡者数		生存者数	転出者数	全体数
二次判定前	二次判定後			
910人 (19.4%)	2,218人 (47.4%)	1,507人 (32.2%)	45人 (1.0%)	4,680人 (100.0%)

図2 申請後の生存曲線



※申請から死亡までの日数を算出し、カプラン - マイヤー法 (Kaplan-Meier method) により生存曲線を推計した結果。なお、転出者及び生存者は途中打ち切り例として扱っている。



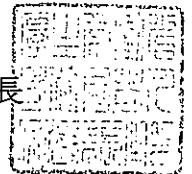
老老発0330第2号
平成24年3月30日

各

都	道	府	県
指	定	都	市

 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長



「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『特定疾病にかかる診断基準』について」の一部改正について

要介護認定に係る認定調査票及び主治医意見書の記入方法等については、「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『特定疾病にかかる診断基準』について」（平成21年9月30日老老発0930第2号厚生労働省老健局老人保健課長通知）により取り扱われているところであるが、今般、本通知を下記のとおり改正し、平成24年4月1日以降の要介護認定等の申請に係る認定調査から適用することとしたので通知する。

記

「認定調査票記入の手引き」中、「家族、介護職種の行う類似の行為は含まない」を「家族、介護職種の行う類似の行為は含まないが、「7. 気管切開の処置」における開口部からの喀痰吸引（気管カニューレ内部の喀痰吸引に限る）及び「9. 経管栄養」については、必要な研修を修了した介護職種が医師の指示の下に行う行為も含まれる。」に改める。

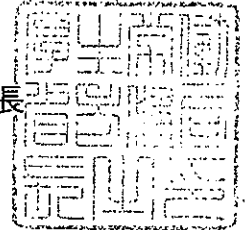


老発0330第9号

平成24年3月30日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長



「要介護認定等の実施について」の一部改正について

・ 要介護認定等に係る申請等については、「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われているところであるが、今般、本通知の「別添2 認定調査票（概況調査）」の様式を別添新旧対照表のとおり改正し、平成24年4月1日以降の要介護認定等の申請に係る認定調査から適用することとしたので通知する。

改正後(新)

改正前(旧)

(別添2)

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調査を行って下さい。

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()
記入者氏名 所属機関

保険者番号 被保険者番号

II 調査対象者

過去の認定(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 性別 男・女 生年月日 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記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)
[介護予防]訪問介護(ホームヘルプサービス) 月 回 [介護予防]福祉用具貸与 品目
[介護予防]訪問入浴介護 月 回 [特定(介護予防)福祉用具販売] 品目
[介護予防]訪問看護 月 回 [在宅改修] あり・なし
[介護予防]訪問介護(ヘルパー) 月 回 [夜間対応型訪問介護] 月 日
[介護予防]居宅介護管理指導 月 回 [介護予防]認知症対応型通所介護 月 日
[介護予防]通所介護(デイサービス) 月 回 [介護予防]小規模多機能型居宅介護 月 日
[介護予防]通所介護(デイケア) 月 回 [介護予防]認知症対応型共同生活介護 月 日
[介護予防]短期入所介護(特養等) 月 日 [介護予防]認知症対応型居宅生活介護 月 日
[介護予防]短期入所介護(老健・診療所) 月 日 [介護予防]地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
[介護予防]特定施設入居者生活介護 月 日 [介護予防]定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回
[複合型サービス] 月 日
[市町村特別給付] []
[介護保険給付外の在宅サービス] []

施設利用

施設利用
[介護老人福祉施設]
[介護老人保健施設]
[介護療養型医療施設]
[認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)]
[特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)]
[医療機関(医療保険適用療養病床)]
[医療機関(療養病床以外)]
[その他の施設]
施設連絡先
施設名
郵便番号
施設住所
電話

IV 調査対象者の家族状況、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。

(別添2)

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調査を行って下さい。

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()
記入者氏名 所属機関

保険者番号 被保険者番号

II 調査対象者

過去の認定(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 性別 男・女 生年月日 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記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載)
[介護予防]訪問介護(ホームヘルプサービス) 月 回 [介護予防]福祉用具貸与 品目
[介護予防]訪問入浴介護 月 回 [特定(介護予防)福祉用具販売] 品目
[介護予防]訪問看護 月 回 [在宅改修] あり・なし
[介護予防]訪問介護(ヘルパー) 月 回 [夜間対応型訪問介護] 月 日
[介護予防]居宅介護管理指導 月 回 [介護予防]認知症対応型通所介護 月 日
[介護予防]通所介護(デイサービス) 月 回 [介護予防]小規模多機能型居宅介護 月 日
[介護予防]通所介護(デイケア) 月 回 [介護予防]認知症対応型共同生活介護 月 日
[介護予防]短期入所介護(特養等) 月 日 [介護予防]認知症対応型居宅生活介護 月 日
[介護予防]短期入所介護(老健・診療所) 月 日 [介護予防]地域密着型特定施設入居者生活介護 月 日
[介護予防]特定施設入居者生活介護 月 日 [介護予防]定期巡回・随時対応型訪問介護看護 月 回
[複合型サービス] 月 日
[市町村特別給付] []
[介護保険給付外の在宅サービス] []

施設利用

施設利用
[介護老人福祉施設]
[介護老人保健施設]
[介護療養型医療施設]
[認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム)]
[特定施設入居者生活介護適用施設(ケアハウス等)]
[医療機関(医療保険適用療養病床)]
[医療機関(療養病床以外)]
[その他の施設]
施設連絡先
施設名
郵便番号
施設住所
電話

IV 調査対象者の家族状況、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。

事 務 連 絡
平成 27 年 2 月 18 日

各

都道府県
指定都市
中核市

 障害保健福祉部（局） 御中

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 企 画 課
障害福祉課

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意事項等について

標記については、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」（平成 19 年 3 月 28 日障企発第 0328002 号・障障発第 0328002 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課長・障害福祉課長連名通知。以下「適用関係通知」という。）でお示しするとともに、障害保健福祉関係主管課長会議において適切な運用に努めていただくよう周知しているところである。

しかしながら、その運用に関して障害者の個々の実態に即したものとなっていない等の声も寄せられていることを踏まえ、各市町村における具体的な運用等についての実態調査を実施したところである。

本調査結果は別添のとおりであるが、自立支援給付と介護保険制度との適用関係に係る留意事項を下記のとおりまとめたので、御了知の上、管内市町村、関係機関に周知徹底いただくとともに、その運用に遺漏なきようお願いしたい。

なお、本事務連絡については、老健局とも協議済みであることを念のため申し添える。介護保険担当課室へも本事務連絡を情報提供し、適宜、連携を図るようお願いしたい。

記

1. 介護給付費等と介護保険制度との適用関係について

(1) 障害福祉サービスに相当する介護保険サービスの特定について

適用関係通知において、市町村は、介護保険の被保険者である障害者から障害福祉サービスの利用に係る支給申請があった場合は、個別のケースに応じて、当該障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か等について、申請に係る障害福祉サービスの利用に関する具体的な内容（利用意向）を聴き取りにより把握した上で、適切に判断することとしているが、改めて各市町村においては、適切な運用をお願いしたい。

(2) 具体的な運用について

申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより必要な支援を受けることが可能と判断される場合であっても、当該サービスの利用について介護保険法（平成9年法律第123号）の規定による保険給付が受けられない場合には、その限りにおいて、介護給付費等を支給することが可能であることとしている。市町村においては、当該介護給付費等を支給する場合の基準を設けている場合であっても、当該基準によって一律に判断するのではなく、介護保険サービスの支給量・内容では十分なサービスが受けられない場合には、介護給付費等を支給するなど、適切な運用に努められたい。

また、障害福祉サービス利用者が要介護認定等を受けた結果、居宅介護サービス費等区分支給限度基準額の範囲内では、利用可能なサービス量が減少することも考えられる。しかし、介護保険利用前に必要とされていたサービス量が、介護保険利用開始前後で大きく変化することは一般的には考えにくいことから、個々の実態に即した適切な運用をお願いしたい。

2. 介護保険制度の円滑な利用に当たっての留意点

(1) 障害福祉サービス利用者への介護保険制度の案内について

要介護認定等の申請は、申請に係る者の状態について大きな変更が生ずることが見込まれないということから、65歳到達日（誕生日の前日）、特定疾病に該当する者の40歳到達日（誕生日の前日）又は適用除外施設退所日（以下「65歳到達日等」という。）の3か月前以内に

要介護認定等申請を受理し、65歳到達日等に認定することを運用上の対応として可能としている。

そのため、障害福祉サービス利用者の介護保険制度の円滑な利用に向け、要介護認定等の申請から認定結果通知にかかる期間を考慮して65歳到達日等前の適切な時期から要介護認定等に係る申請の案内を行うこと。

その際には、単に案内を郵送するだけでなく、市町村職員から、又は、(3)にお示しする相談支援専門員から直接、介護保険制度について説明を行うことが望ましい。

(2) 障害福祉サービス利用者等に対する介護保険制度との併給が可能な旨の案内について

介護保険法の規定による保険給付が優先されることが、あたかも介護保険のみの利用に制限されるという誤解を障害福祉サービス利用者にも与えることのないよう、適用関係通知(2)②の場合や③の場合については介護給付費等の支給が可能な旨、利用者及び関係者へ適切に案内を行うこと。

(3) 指定特定相談支援事業者と指定居宅介護支援事業者等との連携について

障害福祉サービス利用者が介護保険サービスを利用するに当たっては、障害者が適切なサービスを受けられるよう

- ・ 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号）における指定特定相談支援事業所の相談支援専門員がモニタリングを通じて、必要な介護保険サービスを円滑に利用できるよう利用者に対し、介護保険制度に関する案内を行うことや、介護保険サービスの利用に際しては、本人に了解の上、利用する指定居宅介護支援事業所等に対し、利用者の状態や障害福祉サービスの利用状況等サービス等利用計画に記載されている情報を提供するよう適切に引継ぎを行うこと
- ・ 介護保険サービス利用開始後も引き続き障害福祉サービスを利用する場合は、サービス担当者会議等を活用して相談支援専門員と介護支援専門員が随時情報共有を図ること

等必要な案内や連携を行うこと等の周知をお願いしたい。

※なお、ここでいう「指定居宅介護支援事業者等」とは、小規模多機能型居宅介護や介護老人福祉施設のように、人員配置基準において

介護支援専門員の配置が義務づけられている事業者を含むものである。

3. 要介護認定等の申請について

介護保険の被保険者である障害者については、申請に係る障害福祉サービスに相当する介護保険サービスにより適切な支援を受けることが可能か否か、当該介護保険サービスに係る介護保険給付を受けることが可能か否か等について判断するためにも、障害者の生活に急激な変化が生じないように配慮しつつ、まずは、要介護認定等申請を行っていただいた上で介護保険制度からどのようなサービスをどの程度受けられるかを把握することが適当である。

したがって、要介護認定等の申請を行わない障害者に対しては、申請をしない理由や事情を十分に聴き取るとともに、継続して制度の説明を行い、申請について理解を得られるよう働きかけること。

4. 指定障害者支援施設等入所者の要介護認定等について

介護保険適用除外施設である指定障害者支援施設等入所者は、介護保険サービスに相当する介護サービスが提供されていること等の理由から、当分の間、介護保険の被保険者とはならないこととされている。一方で、個々の事情に応じて介護保険適用除外施設を退所又は退院することもあり得るが、その場合には介護保険の被保険者となり、介護保険法に基づく要介護認定等を受けることにより、これに応じた介護保険サービスを利用することが可能となる。

この点、例えば、介護保険適用除外施設からの退所者が介護老人福祉施設等へ入所しようとする場合には、通常、一定の期間を要することから、指定障害者支援施設等の退所日と要介護認定申請の時期の兼ね合いで必要な手続きや調整が円滑に行われれないという指摘があるが、介護保険サービスの利用を円滑に進めるために、関係者間での密な情報共有や連携を図ることにより、柔軟に対応願いたい。

老発0331第1号

平成27年3月31日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

(公 印 省 略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、これまで「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発0930第5号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成26年法律第83号）による介護保険法改正等に伴い、要介護認定等に係る申請等における様式を、別添のとおり改正し、平成27年4月1日より適用することとしたので通知する。

については、当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等に係る申請等の運用について遺漏なきを期せられたい。

○ 要介護認定等の実施について(平成21年9月30日老発0930第5号)(抄)

(変更点は下線部)

現行	改正後
<p>(別添1-1)</p> <p>(略)</p> <p>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、介護認定調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。</p> <p>(略)</p>	<p>(別添1-1)</p> <p>(略)</p> <p>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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。</p> <p>(略)</p>
<p>(別添1-2)</p> <p>(略)</p> <p>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、介護認定調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。</p> <p>(略)</p>	<p>(別添1-2)</p> <p>(略)</p> <p>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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。</p> <p>(略)</p>
<p>(別添1-3)</p> <p>(略)</p>	<p>(別添1-3)</p> <p>(略)</p>

(別添2)

(略)

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプサービス) 月 回	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス) 月 回	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(特養等) 月 日	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> 複合型サービス 月 日	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)

(略)

(別添3)

(略)

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。

(略)

(別添4)

(略)

(別添2)

(略)

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス月 回	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス月 回	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所生活介護(ショートステイ) 月 日	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)
<input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護 月 日	(略)
(略)	(略)
(略)	(略)

(略)

(別添3)

(略)

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等に利用されることに 同意する。 同意しない。

(略)

(別添4)

(略)

(略)	(略)	(略)	
	(略)	(略)	
	(略)	(略)	
	(略)	(略)	(略)
	(略)	(略)	
	移動予定日	(略)	
(略)			
(略)		(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)		
介護認定審査会 の意見			
備 考			
(略)			
(略)	(略)	(略)	
	(略)	(略)	
	(略)	(略)	
	(略)	(略)	(略)
	(略)	(略)	
	異動予定日	(略)	
(略)			
(略)		(略)	(略)
(略)	(略)	(略)	(略)
(略)	(略)		
利用者の負担割合 (住所移動前の負担割合)	割 ()		
介護認定審査会 の意見			
備 考			
(略)			

老 発 0 3 3 1 第 2 号
平成 27 年 3 月 31 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

介護認定審査会の具体的な運営については、これまで「介護認定審査会の運営について」(平成 21 年 9 月 30 日老発第 093006 号厚生労働省老健局長通知。以下「局長通知」という。)により取り扱われていたところであるが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律(平成 26 年法律第 83 条)による介護保険法改正に伴い、別添の通り見直しを行い、平成 27 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、介護認定審査会の運用について遺漏のなきように期せられたい。

なお、当該見直しによって、状態の維持・改善の可能性にかかる審査判定の取扱に変更は無いことを申し添える。

(別添)

介護認定審査会運営要綱

1 目的

介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 14 条に規定する介護認定審査会（以下「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。

2 認定審査会の構成

1) 委員

委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長（特別区にあつては区長。以下同じ。）が任命する。その際、以下の点について留意する。

(1) 委員の任期について

委員の任期は、2 年とし、再任することができる。

(2) 会長について

認定審査会に会長 1 人を置き、委員の互選によって選任する。

なお、会長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

(3) 保険者との関係について

認定審査会における審査判定の公平性を確保するため、原則として保険者である市町村の職員を委員として委嘱することができない。ただし、委員確保が困難な場合、保健、医療又は福祉の学識経験者であり、認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することができる。

(4) 認定調査員との兼務について

委員は、原則として、当該保険者の認定調査員として認定調査に従事することができない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員を認定調査に従事せざるを得ない場合においては、この限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定について、当該委員が所属する合議体では行うことができない。

(5) 守秘義務について

委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務がある。

2) 合議体

(1) 合議体の設置

認定審査会は、委員のうちから会長が指名する者をもって構成する合議体で、審査及び判定の案件を取り扱う。

(2) 合議体の構成

合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3人を下回ることはできない。

- ・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合
- ・委員の確保が著しく困難な場合

一定期間中は同じ委員構成とするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員を設置した場合であって、概ね3か月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。特定の分野の委員の確保が困難な場合にあっては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。

また、公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましい。

(3) 委員の所属

委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員を所属させることができない。

(4) 合議体の長について

合議体に長を1人置き、当該合議体を構成する委員の互選によって選任する。

なお、合議体の長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

3) 会議について

認定審査会は、会長が招集する（合議体の場合は、基本的に合議体の長が

招集する。)

認定審査会（合議体の場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健、医療又は福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。

審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得よう努める。その上で、認定審査会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

3 審査及び判定

認定審査会は、審査対象者について、認定調査票のうち「基本調査」及び「特記事項」並びに「主治医意見書」に記載された主治医の意見に基づき、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成 11 年厚生省令第 58 号）」による要支援認定基準及び要介護認定基準（以下「認定基準」という。）に照らして、

- ・要介護状態又は要支援状態に該当すること
- ・介護の必要の程度等に応じて認定基準で定める区分（以下「要介護状態等区分」という。）

について、審査及び判定を行う。

要介護状態等区分の決定に当たっては要介護認定等基準時間等に基づき、介護に係る時間の審査（以下「介護の手に係る審査判定」という。）を行い、介護の手に係る審査判定において、要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態に該当すると判定された審査対象者については、認知症の程度や心身の状況の安定性等に基づき、心身の状態の維持又は改善可能性の審査（以下「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」という。）を行い、要介護 1 又は要支援 2 のいずれの要介護状態等区分に該当するかの判定を行う。

さらに、特に必要がある場合については、

- ・認定の有効期間
- ・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項
- ・居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項について意見を付する。（4 3）参照）

なお、40 歳以上 65 歳未満の審査対象者にあつては、「主治医意見書」により介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）に規定する特定疾病によって生じている障害（生活機能低下）を原因として要介護状態又は要支援状態となっていることを確認する。

4 認定審査会開催の手順

1) 事前の準備

委員は、別途通知する実施要綱に基づき都道府県又は指定都市が実施する認定審査会委員に対する研修（認定審査会委員研修）を受講し、審査及び判定の趣旨、考え方、手続き等を確認する。

市町村は、認定審査会開催に先立ち、当該開催日の認定審査会において審査及び判定を行う審査対象者をあらかじめ決めた上で、該当する審査対象者について以下の資料を作成する。

- ・基本調査の調査結果及び主治医意見書を用いて、市町村に設置されたコンピュータに導入するために国が別途配布する一次判定用ソフトウェア（以下「一次判定ソフト」という。）によって分析・判定（以下「一次判定」という。）された結果等を表出したもの（以下「認定審査会資料」という。）（一次判定ソフトによる分析・判定の内容については、別紙1及び別紙2を参照）
- ・特記事項の写し
- ・主治医意見書の写し

これらの資料については、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、あらかじめ認定審査会委員に配布することが望ましい。

また、効率的に認定審査会を運営するために、認定審査会開始前に合議体長又は認定審査会事務局に一次判定結果を修正する必要がある場合や意見がある場合は、個別に必要な審査時間を確保することもできる。

2) 審査及び判定の手順（別紙3による）

(1) 一次判定の修正・確定

基本調査の結果を、特記事項及び主治医意見書の内容と比較検討し、基本調査の結果との不整合がないか確認する。

これらの内容に不整合があった場合には再調査を実施するか、必要に応じて主治医及び認定調査員に照会した上で基本調査の結果の一部修正が必要と認められる場合には、調査結果の一部修正を行う。なお、調査結果の一部修正を行う場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のIによるものとする。

なお、再調査後の審査判定は、原則として前回と同一の認定審査会又はその合議体において審査判定を行うこととする。

また、第二号被保険者の審査判定にあたっては、主治医意見書の記載内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が

特定疾病によって生じていることを別途老人保健課長名で通知する「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。

なお、主治医意見書を記載した医師が当該診断基準を直接用いていない場合は、主治医意見書記載事項を診断基準に当てはめた上で、特定疾病に該当しているかどうかにつき確認する。

また、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる。

一次判定の修正・確定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 基本調査の選択と特記事項の不整合がある場合

認定調査員の記入や選択の誤りなどにより、明らかに基本調査の選択と特記事項の記載内容に不整合が見られる場合は、各基本調査の定義に基づき、基本調査の選択肢を修正する。

② 日頃の状況と異なる場合

基本調査のうち、「寝返り」等の能力で評価する項目は、当該の行動等について可能な限り実際に試行して評価する項目であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間の状況において、より頻回な状況に基づき選択される。特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要となる。「麻痺等の有無」及び「拘縮の有無」の項目も同様に実際の試行による評価が原則であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて選択することとされているので、特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについて、確認する。

③ より頻回な状況で選択している場合

基本調査のうち、「洗身」等の介助の方法で評価する項目は、基本調査の定義上、一定期間（調査日より概ね過去1週間とする（「つめ切り」は概ね過去1ヶ月）。）の状況において、より頻回に見られる状況で選択される。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、例えば「一部介助」の場合と「全介助」の場合が混在していることがあるので、頻度の評価に基づく選択が適正であるかについて、確認する。

④ 介助されていない状態や実際に行われている介助が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合

介助の方法で評価する項目は、具体的に介助が「行われている」か

「行われてない」の軸で選択を行うことを原則としているが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、認定審査会の判断を仰ぐことができることとなっている。認定調査員が考える適切な介助の方法を選択している場合は、特記事項または主治医意見書の記載をもとに認定調査項目の選択を確認し、介護認定審査会が認定調査員と異なる選択を行う場合は、必要に応じて修正する。修正する場合、その根拠を特記事項又は主治医意見書の記載の中から明らかにする。

なお、認定調査員が「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介助者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

⑤ 認定調査員が選択に迷った項目の確認

認定調査員が選択に迷った場合は、その理由と、申請者の状況が具体的に特記事項に記載される（介護認定審査会資料作成のため、暫定的にいずれかの認定調査項目が選択されている）。認定審査会では、認定調査員が判断に迷った内容を特記事項で確認し、認定調査員の選択の妥当性について確認・修正を行う。

⑥ 特別な医療の確認

特別な医療は、実施者、目的、実施された時期など複数の要件を満たすことが求められるため、特記事項及び主治医意見書の内容から、選択が妥当なものであるか確認を行い、具体的な理由がある場合は修正することができる。特別な医療は、調査項目を選択すると要介護認定等基準時間が加算される仕組みになっており、要件に合わない選択を行うと、必要以上に要介護認定等基準時間が延長（短縮）されることがあるなど、確認は重要である。

⑦ 障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の確認

日常生活自立度に関連する項目は、「認知機能・状態の安定性

の評価」、「運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算」の推計等に用いられることから、慎重な判断が求められる。特記事項及び主治医意見書の記載内容から、明らかに誤りがあると考えられる場合は、基本調査の日常生活自立度を修正することができる。その場合、具体的な根拠を特記事項又は主治医意見書の記載内容から明らかにする。

⑧ 一次判定修正の際の注意点

一次判定修正・確定は、基本調査の定義に基づき認定調査項目を選択することで、一次判定ソフトが判定を行うための情報を正確に入力するための手順である。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要である。なぜなら、一次判定ソフトへの入力情報が誤っている場合、議論の前提となる一次判定結果が、正しく導出されず、誤った入力が発生すると判定にバラツキを生じさせる可能性があるからである。

一次判定の修正は、特記事項や主治医意見書の記載内容と基本調査項目の定義に不整合が確認できる場合にのみ認められ、通常の例と異なる介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべきものである。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目があるが、主治医意見書は、認定調査と異なる視点（定義）から作成されている。

(2) 介護の手間に係る審査判定

次に、一次判定の結果（基本調査の結果の一部を修正した場合には一次判定ソフトを用いて再度一次判定を行うなどにより得られた一次判定の結果）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手間に係る審査判定を行う。

認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する。

「通常の例」の定義は、基本調査の定義以外に設定されていないが、認定審査会の各委員の専門職としての経験から判断を行う。

ただし、より長い（短い）時間を介護に要するという結論に達した場合も、それが直ちに要介護状態等区分の変更につながるとは限らない。要介護認定等基準時間なども参考にしながら、区分の境界となっている時間を超えるほどの「介護の手間」があるかないかを議論する。

また、被保険者に対する保険者の説明責任を果たすという観点からも、変更を行う際には、その理由を明確にする必要がある。一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の通常の例と異なる介護の手間を読み取れる具体的な箇所を明示し、これを

記録することが重要である。

なお、審査判定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 介護の手間が通常の例より多い（少ない）と考えられる場合

介助の方法で評価する調査項目では、ほとんどの項目がそれぞれの項目の定義に基づき「介助されていない」、「見守り等」、「一部介助」、「全介助」で評価されるが、同じ選択肢であっても、介助量としては大きな幅を持っているため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、具体的な介助量を確認、検討する必要がある。

また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連（認知症に伴う行動・心理症状）の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、行動が「ある」ことをもって介助が発生しているとは限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、コンピューターでは加味しきれない具体的な介助量を確認し、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択するが、主治医意見書や特記事項の記載をもとに、適切な介護が行われるよう配慮して行うことが重要である。また、この場合、適切な介護が受けられるように、介護認定審査会は必要な療養に関する意見を付し、それを市町村や介護支援専門員に伝えることができる。

② 頻度から内容を検討する場合

介助の方法を評価する調査項目では、より頻回な状態をもって調査を行うこととされている。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっている場合、常に「全介助」が行われているとは限らない。その場合、要介護認定等基準時間も参考にしつつ、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、頻度には一定の幅があるため、必要に応じて、具体的な頻度を確認する必要がある。特記事項の内容から、頻度を確認し、基本調査で推計されたものより、より介護の手間がかかるか、かからないのかについて検討を行う。

③ 要介護認定等基準時間の参照

要介護認定等基準時間は、介護に要する時間を測るための「ものさし」であり、示された時間に応じて要介護状態区分が決まる。要介護認定等基準時間が隣の区分の境界の近くに位置するのか、遠くに位置

するのかの相対的位置関係を把握することは介護の手間にかかる審査判定において合議体の中で議論が分かれた場合などに、共通の視点をもつことができるという意味で有用である。

④ 参考指標による妥当性検証

介護の手間にかかる審査判定にあたっては、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」や「要介護度変更の指標」など、過去の審査判定データを参考指標として参照することができる。

参考指標については、介護認定審査会の開催時に配布するなど常に参照できるようにしておくことが重要である。

新たな要介護認定方法の導入に当たり、認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うにあたっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用されたい。

議論は、特記事項または主治医意見書に記載された介護の手間の記載に基づいて行う。それ以外の情報は、議論の参考にはできないが、一次判定変更の理由にはならない。したがって、特記事項または主治医意見書に具体的な介護の手間を読み取ることができない場合は、一次判定を変更することはできない。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布は、申請者の障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせと、二次判定後の要介護度の分布を、過去の審査判定結果を統計的に処理した結果に基づき表示した指標である。審査対象者が日常生活自立度の観点から、どのような要介護度に決定されることが多いかについての比率を示していることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したものを示している。（別紙6を参照。）

要介護度変更の指標は、過去の審査判定において一次判定の変更が行われたケースにおける、特徴的な調査項目の選択状況を、統計的な処理に基づき示したものであり、重度変更または軽度変更された審査対象者の調査項目の選択肢の傾向を示している。過去のデータにおいては、●と○の数の差が3つ以上ある場合に、変更されている場合が多いことがわかっていることから、当該場合の変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本通知発出後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面の間、本通知において示すものを使用されたい。（別紙6を参照。）

介護の手に係る審査判定において一次判定の結果を変更する場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅡによるものとする。

(3) 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定した場合には、認定審査会資料に示された「認知機能・状態の安定性の評価結果」を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像について」を参照して、状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかについて、判定を行う。

要介護認定等基準時間三十二分以上五十分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかが一次判定として介護認定審査会資料に表示される。

表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができる。

認知機能の低下、状態の安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を、特記事項及び主治医意見書から明らかにし、これを記録する。

一次判定ソフトでは、過去の全国の判定結果に基づき、認定調査項目から、「認知機能の低下」及び「状態の安定性」という二つの要件の蓋然性を推計し、その結果を介護認定審査会資料に掲載している（別紙2-1を参照。）。

ただし、ここで示される結果は、統計に基づく推計値であるため、すべての場合で、必ずしも実態と整合するとは限らない。必ず認定審査会での議論を通じて、特記事項及び主治医意見書の内容を吟味の上、「認知機能の低下」「状態の安定性」についての定義に基づき判定を行う。

また、二次判定での変更により、「要介護認定等基準時間が、三十二分以上五十分未満」に相当すると判断した場合も、介護認定審査会資料の推計値と特記事項、主治医意見書の記載を参照し、「認知機能の低下」「状態の安定性」の観点から判定を行う。その際、一時的に「歩行が不安定」または「精神的に不安定」といった要素があることのみを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできず、あくまでも、要介護度の再評価が短期間（概ね6か月程度）に必要かどうかという観点から変更を行う。

なお、認定調査員は、認知症に関する医学的知識を必ずしも持ち合わせているとは限らず、また、主治医も患者の自宅での生活について限定された情報しか把握していない場合があることから、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要である。その上で介護認定審査会資料に提示された「認知機能の評価結果」及び特記事項、主治医意見書の記載内容をもとに、予防給付等の利用の理解が困難かどうか、総合的に判定する必要がある。平成21年度の認定調査から、申請者のより詳細な認知症に関する情報を調査員から伝えてもらえるように、認知症高齢者の日常生活自立度についても特記事項を記載する欄を設けることとした。こうした情報についても留意し、審査判定を行う。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定に当たっては、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅢによるものとする。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した場合には、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像について」に示された、いずれの状態像に該当するか確定する。

3) 認定審査会が付する意見

認定審査会は、認定の有効期間及び被保険者の要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化を防止するために必要な療養について、意見を付することができるが、認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。

(1) 認定の有効期間を定める場合の留意事項

認定審査会が認定の有効期間について意見を述べる場合は、「現在の状況がどの程度継続するか」との観点から以下の考え方を基本に認定の有効期間についての検討を行う。

[認定の有効期間を原則より短く定める場合]

- ・状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した者であって、別紙5に示した「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像」のうち、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」に該当するとされた者等、身体上または精神上的の生活機能低下の程度が短期間に変動しやすい状態にあると考えられる場合
- ・施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

[認定の有効期間を原則より長く定める場合]

- ・身体上または精神上の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態等区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

(2) 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見
 介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

「介助の方法」の項目で、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であるとして、認定調査員が考える適切な介助の方法を選択した場合は、適切な介助の方法について意見を付することもできる。

ケアプランを作成する介護支援専門員は、必ずしも保健・医療・福祉のすべての分野に精通しているわけではない。これらの有識者の集合体である合議体の視点から見て、特に必要である療養に関して意見を述べることで、被保険者にとってよりよいサービスが提供されることが期待されている。特に、実際に行われている介助が不適切な場合、療養に関する意見を付す。

なお、介護認定審査会は意見を述べることができるが、サービスの種類を直接に指定することはできない。

「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」が付された場合、その意見に基づき、市町村はサービスの種類を指定することができる。ただし、市町村がサービスの種別を指定すると、申請者は指定されたサービス以外は利用できなくなるため、申請者の状況について慎重に検討する必要がある。

種類の指定にあたっては「通所リハビリテーションを含む居宅サービス」等、複数のサービスを組み合わせての指定が可能である点に留意する。

特に、実際に行われている介助が不適切な場合や介護認定審査会から療養についての意見が付された場合に、市町村は介護支援専門員と連絡を取り、適切に介護が提供されるように努めることが重要である。

4) 審査及び判定に当たっての留意事項

(1) 概況調査等の取扱いについて

概況調査及び過去に用いた審査判定資料については、認定審査会が当該審査対象者の状態を把握するために参照することはさしつかえないが、審査判定の際の直接的な資料としては用いない。

なお、概況調査の結果等を参照した場合であっても、4-2)の規定に基づいて、一次判定により示された要介護状態等区分の結果及び認知機能・状態の安定性の評価結果を変更することとした場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」によるものとする。

(2) 認知機能・状態の安定性の評価結果の取扱いについて

認定審査会資料のうち別紙2の「認知機能・状態の安定性の評価結果」は、介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定された者に対する状態の維持・改善可能性に係る審査判定においてのみ用い、介護の手に係る審査判定において「認知機能・状態の安定性の評価結果」を用いることはできない。

(3) 委員が審査判定に加われない場合について

市町村は、審査判定を行う合議体に審査対象者が入院若しくは入所し、又は介護サービスを受けている施設等に所属する委員が含まれないように、審査判定を行う合議体の調整に努める。

審査対象者が入所等をしている施設等に所属する者が、当該合議体に委員として出席している場合には、当該審査対象者の審査及び判定に限って、当該委員は判定に加わることができない。ただし、当該審査対象者の状況等について意見等を述べることは差し支えない。

(4) 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について

審査判定にあたって、必要に応じて、審査対象者及びその家族、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができる。

(5) 認定審査会の公開について

認定審査会は、第三者に対して原則非公開とする。

(6) 記録の保存について

審査判定に用いた記録の保存方法等については、必要に応じて各市町村ごとにその取扱いを定める。

(7) 国への報告について

別途設置する認定支援ネットワークシステムを用いて、審査判定があった日の翌月の10日までに別途定める事項を国に報告する。

一次判定結果について

- 原則として、「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成 12 年厚生省告示第 91 号)により算定された時間について、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」(平成 11 年厚生省令 58 号)に基づく要支援状態区分又は要介護状態区分(以下「要介護状態等区分」という。)を一次判定結果とする。
- また、要件 1 及び要件 2 を満たす場合は、加算前の一次判定結果に表 4 に示す加算する分数を加算し、さらに要件 3 を満たす場合は、加算前の一次判定結果に表 5 に示す加算する分数を加算し、最終的な一次判定結果とする。この場合において、「要支援 2」及び「要介護 1」については、どちらとも「要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態」であるから同じ加算する分数を用いるものとする
- なお、加算する分数とは、要介護状態等区分が必ず繰り上がるように、隣り合う要介護状態等区分の境目の分数の中間点の差を積み足す分数である。

要件 1 :

「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ、Ⅳ又はMかつ、「障害高齢者の日常生活自立度」が自立、J又はAであり、要介護認定等基準時間が 70 分未満の者

要件 2 :

一次判定結果ごとに、表 1、表 2 及び図を用いて、定数項を含めた各調査項目等のスコアを加算し、0.5 を超えるとき

要件 3 :

一次判定結果ごとに、表 3 の左欄に掲げる項目が右欄に示す数に該当するとき

表1 スコア表(要介護1以下)

定数項	6.395							
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.397	全介助	0.662		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.696	全介助	0.724	行っていない	0.724
排尿	介助されていない	0.000	見守り等	0.386	一部介助	0.926	全介助	1.261
洗顔	介助されていない	0.000	一部介助	0.800	全介助	0.800		
上衣の着脱	介助されていない	0.000	見守り等	0.796	一部介助	1.414	全介助	1.414
金銭の管理	介助されていない	0.000	一部介助	1.000	全介助	1.411		
買い物	介助されていない	0.000	見守り等	0.783	一部介助	1.205	全介助	1.205
身体機能・起居動作(中間評価得点)		-0.047	(中間評価得点を乗じる)					
生活機能(中間評価得点)		-0.015	(中間評価得点を乗じる)					
精神・行動障害(中間評価得点)		-0.054	(中間評価得点を乗じる)					

表2 スコア表(要介護2)

定数項	12.785							
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.333	全介助	0.713		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.528	全介助	0.985	行っていない	0.985
移乗	介助されていない	0.000	見守り等	1.113	一部介助	1.113	全介助	1.113
外出して戻れない	ない	0.000	ときどきある	0.723	ある	0.736		
理解及び記憶	0レベル	0.000	1レベル	0.083	2レベル	1.010	3レベル	1.010
(主治医意見書)	4レベル	1.089	5レベル	1.089	6レベル	1.089		
生活機能(中間評価得点)		-0.122	(中間評価得点を乗じる)					
社会生活への適応(中間評価得点)		-0.018	(中間評価得点を乗じる)					
精神・行動障害(中間評価得点)		-0.064	(中間評価得点を乗じる)					

図 理解および記憶（主治医意見書）の算出方法

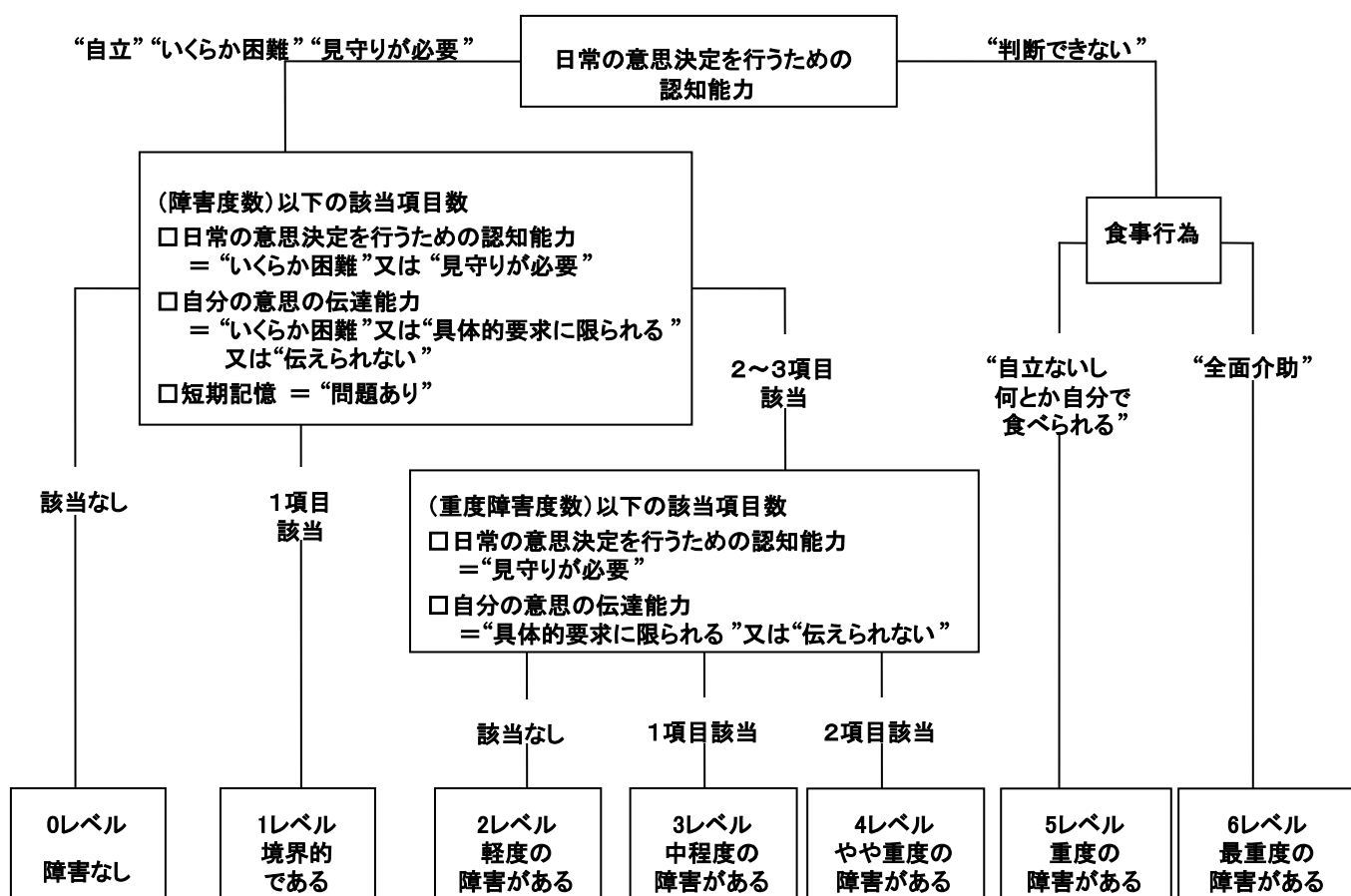


表 3

大声を出す	自立(非該当) (要介護認定等基準時間が 25 分未満である状態) 1 項目以上に該当
介護に抵抗	要支援 1 (要介護認定等基準時間が 25 分以上 32 分未満である状態) 2 項目以上に該当
徘徊	要支援 2、要介護 1 (要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満である状態) 4 項目以上に該当
外出して戻れない	要介護 2 (要介護認定等基準時間が 50 分以上 70 分未満である状態) 5 項目以上に該当
1 人で外に出たがる	

表 4

加算前の一次判定結果	加算する分数
非該当	7分
要支援1	12.5分
要支援2、要介護1	19分
要介護2	20分

表 5

加算前の一次判定結果	加算する分数
非該当	19.5分
要支援1	31.5分
要支援2、要介護1	39分
要介護2	40分

「認知機能・状態の安定性の評価結果」における一次判定ソフトにより推計される給付区分について

認知機能・状態の安定性の評価は、認知症高齢者の日常生活自立度を含む認定調査の結果と主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度等の組み合わせにより行う。

認知症高齢者の日常生活自立度において、認定調査と主治医意見書で、一方が「自立またはⅠ」、他方が「Ⅱ以上」と異なる場合、別紙2-2による方法により、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性を表示する。

認定調査項目の結果に従い、表6～8に基づいた判断が行われ、介護給付か予防給付かが表示される。

表6 認定調査結果と主治医意見書に基づく給付区分の評価

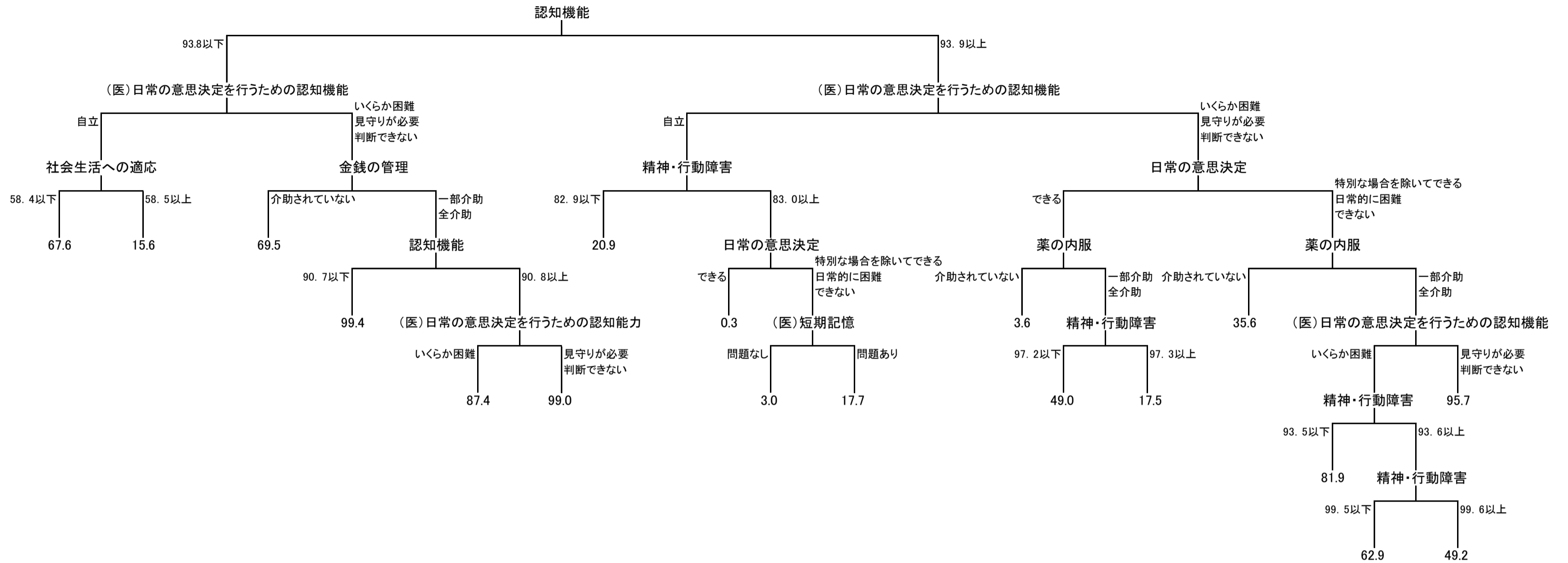
		認定調査結果の認知症高齢者の日常生活自立度	
		自立またはⅠ	Ⅱ以上
主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度	自立またはⅠ	「状態の安定性」により評価(表8参照)	「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性」により評価(表7参照)
	Ⅱ以上	「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性」により評価(表7参照)	介護給付
	記載なし	「状態の安定性」により評価(表8参照)	介護給付

表7 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性による給付区分の評価

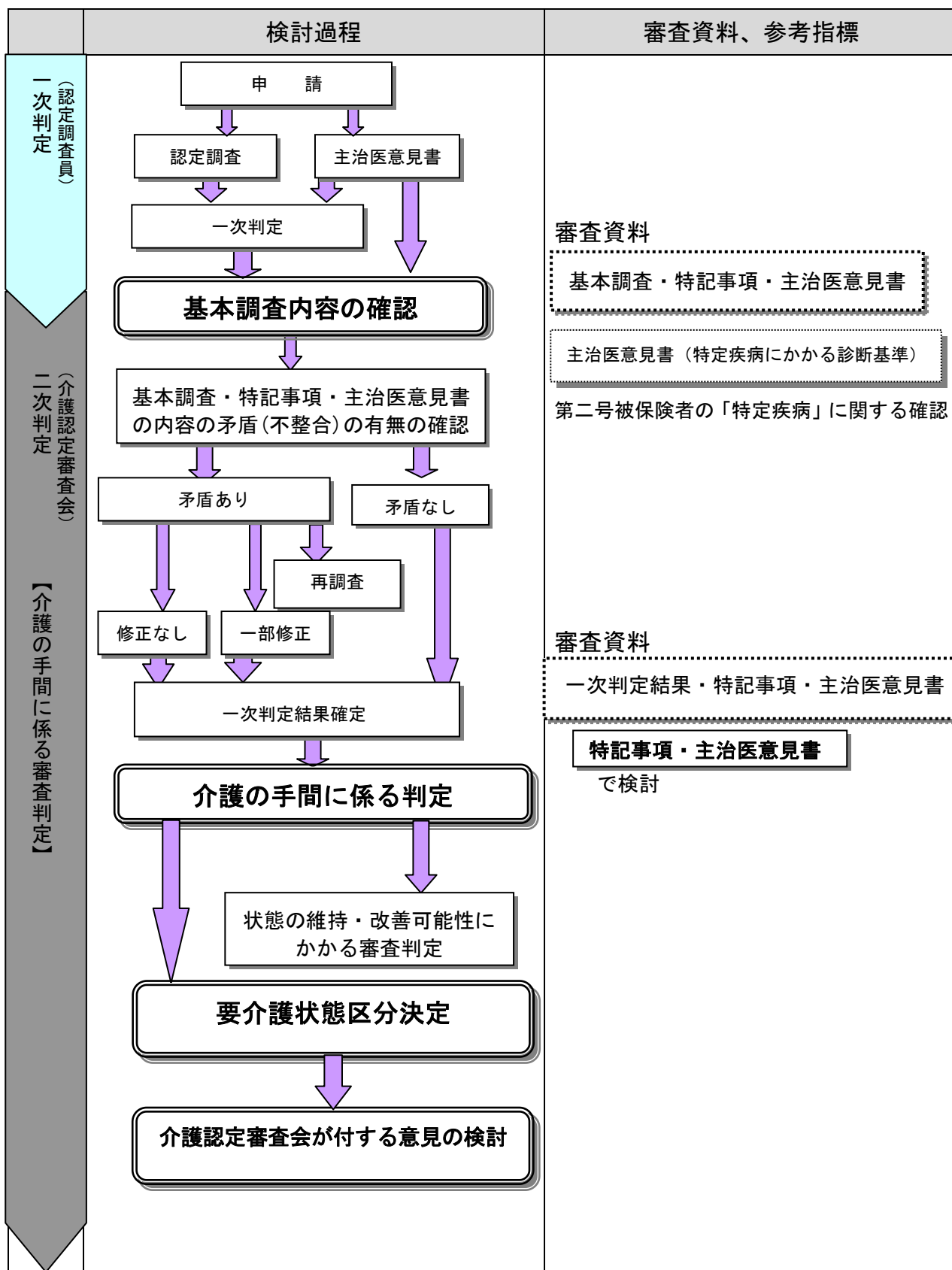
認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性	給付区分
50%未満	「状態の安定性により評価」(表9参照)
50%以上	介護給付

表8 状態安定性による給付区分の評価

状態の安定性	給付区分
安定	予防給付
不安定	介護給付



※ 末端の数字は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性(%)



要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について

介護認定審査会における審査判定は、要介護認定等基準時間等に基づいて設定されている要介護認定基準及び要支援認定基準に照らして行うものであり、介護の手間に係る審査判定の際の具体的な検討においては、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、通常の例に比べてより長い(短い)時間を介護に要するかどうかの判断に基づいて行うこととする。

また、状態の維持・改善可能性の審査判定の際の具体的な検討においては、認定審査会資料に示された認知機能・状態の安定性の評価結果を原案として、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像」を参照して、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかの判断に基づいて行うこととする。ただし、以下に掲げる事項を勘案して基本調査の調査結果の一部修正や一次判定の結果及び認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

なお、別紙6の参考指標を用いて判定結果の妥当性を検証することは差し支えない。

I 基本調査結果の一部修正

以下の事項に基づいて基本調査の調査結果の一部修正を行うことはできない。ただし、基本調査では得られなかった状況が特記事項又は主治医意見書の内容(認定審査会における認定調査員及び主治医の発言を含む。以下同じ。)等によって新たに明らかになった場合は必要に応じて変更を行うことができる。

- 1 既に当初の一次判定の結果で勘案された心身の状況
 - 1) 基本調査の調査結果と一致する特記事項の内容
特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。
 - 2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容
主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。
- 2 根拠のない事項
 - 1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況
特記事項又は主治医意見書の内容に特に記載がない場合は、記載されていない内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。

II 介護の手間に係る審査判定における一次判定結果の変更

以下の事項に基づいて一次判定の結果を変更することはできない。ただし、特記事項又は主治医意見書の内容に基づいて介護に要する時間が延長又は短縮していると判断される場合は一次判定の結果の変更を行うことができる。

- 1 既に当初の一次判定の結果で勘案された心身の状況
 - 1) 基本調査結果と一致する特記事項の内容
特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて一次判定の結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容
主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 2 根拠のない変更
 - 1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況
特記事項又は主治医意見書に特に記載されていない状況を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 3 介護に要する時間とは直接的に関係しない事項
 - 1) 年齢
審査対象者の年齢を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 長時間を要するが自立している行為
ある行為について時間はかかるが自分で行っている（自立してる）場合は、時間がかかっていることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、長時間を要する「見守り」を行っており、その「見守り」によって、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。
 - 3) 参考指標
別紙6の参考指標のみを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断され、一次判定の結果の変更をした場合に限らず、変更しない場合においても、参考指標を検証のために使用することは差し支えない。
 - 4) 認知機能・状態の安定性の評価結果
認定審査会資料に示された認知機能・状態の安定性の評価結果を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 4 客観化できない心身の状況
 - 1) 審査対象者の意欲の有無
審査対象者の意欲の有無を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、本人の意欲の有無が原因となって、介護に要する時間が延長又は短縮している具体的な状況が生じていると判断される場合は変更を行うことができる。
- 5 心身の状況以外の状況
 - 1) 施設入所・在宅の別、住宅環境
施設入所しているか又は在宅であるか、あるいは審査対象者の住宅環境を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、施設入所・在宅の別、住宅環境が原因となって、介護に要する時間が延長または短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。

2) 家族介護者の有無

家族介護者の有無を根拠として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、家族介護者の有無が原因となって、介護に要する時間が延長または短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。

3) 抽象的な介護の必要性

特記事項又は主治医意見書に、「介護の必要性が高い」等の抽象的な介護の必要性に関する記載のみがあり、具体的な状況に関する記載がない場合は、その内容を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

4) 審査対象者の希望

特記事項又は主治医意見書に、「本人は介護給付を希望している」等の記載があることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

5) 現に受けているサービス

特記事項又は主治医意見書に、「現に介護サービスを受けている」等の記載があることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

Ⅲ 状態の維持改善可能性に係る審査判定における認知機能・状態の安定性の評価結果の変更

以下の事項に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、特記事項又は主治医意見書の内容に基づいて別紙5に示した予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像に該当する、あるいは該当しないと判定した場合には認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことができる。

1 既に認知機能・状態の安定性の評価結果で勘案された心身の状況

1) 基本調査結果と一致する特記事項の内容

特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容

主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

2 根拠のない変更

1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況

特記事項又は主治医意見書に特に記載されていない状況を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

3 状態の維持・改善可能性とは直接的に関係しない事項

- 1) 年齢
審査対象者の年齢を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 2) 罹患している傷病及び加療の状況
審査対象者の罹患している疾病や外傷の傷病名、あるいは、疾病や外傷の症状の軽重及び症状が不安定であることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。また、加療の状況や日内変動の有無を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、認知機能・状態の安定性の評価結果にて予防給付等に相当するとされた審査対象者について、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、傷病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予想され、それに伴い要介護度の変化も短期間で生ずる恐れが高く、短期間（概ね6か月程度）での要介護状態の再評価が必要と判断される場合は変更を行うことができる。
- 3) 一次判定の結果
認定審査会資料に示された一次判定の結果を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 4) 介護の手間
審査対象者にかかる介護の手間の多少を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。要介護認定等基準時間を認知機能・状態の安定性の評価結果の変更の根拠に用いることはない。
- 4 客観化できない心身の状況
 - 1) 審査対象者の意欲の有無
審査対象者の意欲の有無を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 5 心身の状況以外の状況
 - 1) 施設入所・在宅の別、住宅環境
施設入所しているか又は在宅であるか、あるいは審査対象者の住宅環境を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 家族介護者の有無
家族介護者の有無を根拠として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 3) 抽象的な介護等の必要性
特記事項又は主治医意見書に、「介護の必要性が高い」、「介護給付がふさわしい」等の抽象的な記載のみがあり、具体的な状況に関する記載がない場合は、その内容を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 4) 審査対象者の希望
特記事項又は主治医意見書に、「本人は介護給付を希望している」等の記載があることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 5) 現に受けているサービス
特記事項又は主治医意見書に、「現に介護予防サービスを受けている」等の記載があることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像について

介護認定審査会における状態の維持・改善可能性の審査判定において、予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像は、以下のとおりとする。

① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態

- 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で、心身の状態が不安定であり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
- 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの 等

- ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するものではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介護状態等の再評価が必要な状態が該当する。
- ・ したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、また、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しない。
- ・ さらに、これらの状態の判断は、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、心身の状態が短期間に変動し易いため特定の要介護状態等区分への判定が相当困難で、比較的短期間での再評価が必要な状態が該当する。

- ② 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である状態

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定以上の介護が必要な程度の認知症があるもの。
- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、予防給付等の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

- ・ アルツハイマー病や血管性認知症といった病名のみから判断するものではなく、特記事項、主治医意見書の記載内容から「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上である状態が該当する。
- ・ 特定の基本調査項目の結果のみに着目し、その結果をもって当該状態に該当するものではない。
- ・ 認知症症状が一時的に現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容などから、適切な医学的管理により認知機能が改善すると判断される場合には、その状態に基づいて判定する。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布

平成20年1月～12月申請データ(平成21年2月末日現在)

認知症高齢者自立度：自立

	自立	J	A	B	C
非該当	42.1%	5.0%	0.4%	0.0%	0.0%
要支援1	42.5%	59.3%	19.7%	1.0%	0.0%
要支援2・要介護1	13.8%	34.6%	61.3%	14.7%	0.3%
要介護2	0.8%	1.1%	15.2%	30.6%	1.8%
要介護3	0.4%	0.1%	3.0%	39.3%	19.8%
要介護4	0.2%	0.0%	0.3%	12.5%	42.8%
要介護5	0.1%	0.0%	0.0%	2.0%	35.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅲ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	28.1%	20.9%	4.7%	0.2%	0.0%
要介護2	41.8%	44.7%	27.4%	2.7%	0.0%
要介護3	26.1%	30.2%	53.9%	24.3%	1.8%
要介護4	3.0%	3.7%	13.0%	56.8%	24.5%
要介護5	0.2%	0.1%	1.0%	16.0%	73.7%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：I

	自立	J	A	B	C
非該当	15.4%	1.9%	0.1%	0.0%	0.0%
要支援1	61.6%	44.0%	10.8%	0.3%	0.0%
要支援2・要介護1	22.1%	51.9%	63.7%	8.7%	0.1%
要介護2	0.8%	2.1%	20.4%	26.4%	0.9%
要介護3	0.2%	0.1%	4.5%	44.4%	13.2%
要介護4	0.0%	0.0%	0.4%	17.8%	44.8%
要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	40.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：IV

	自立	J	A	B	C
非該当	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	2.6%	2.4%	0.4%	0.0%	0.0%
要介護2	11.8%	10.9%	3.8%	0.3%	0.0%
要介護3	52.9%	52.4%	31.8%	5.0%	0.2%
要介護4	28.0%	30.8%	52.9%	44.9%	6.4%
要介護5	4.6%	3.3%	11.0%	49.7%	93.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：II

	自立	J	A	B	C
非該当	0.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	20.9%	12.0%	2.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	70.7%	75.7%	48.0%	3.5%	0.0%
要介護2	7.0%	11.2%	37.1%	17.2%	0.3%
要介護3	0.6%	0.9%	11.6%	45.6%	6.3%
要介護4	0.1%	0.0%	1.2%	29.3%	41.7%
要介護5	0.0%	0.0%	0.1%	4.3%	51.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：M

	自立	J	A	B	C
非該当	1.9%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%
要支援1	1.9%	2.4%	0.3%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	32.3%	25.6%	6.7%	0.2%	0.0%
要介護2	19.0%	22.5%	12.4%	1.1%	0.0%
要介護3	25.3%	27.6%	29.4%	6.1%	0.1%
要介護4	13.9%	17.4%	35.2%	28.4%	1.9%
要介護5	5.7%	4.1%	15.9%	64.1%	98.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

要介護度変更の指標

○本指標は、二次判定と一次判定を比較して、二次判定の要介護度がより軽度又は重度である者について統計的に処理を行い、調査項目の選択肢の傾向を分析したものである。

(1)一次判定結果をより軽度に変更することの多い調査項目と選択肢 (平成16年度データ)

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
食事摂取	一部介助以下	1,2,3						○
意思の伝達	ときどきできる以下	1,2						○
日常の意思決定	特別な場合以下	1,2					○	
毎日の日課を理解	できる	1					○	
短期記憶	できる	1					○	
口腔清潔	介助されていない	1				○		
薬の内服	介助されていない	1			○	○		
日常の意思決定	できる	1			○	○		
洗身	介助されていない	1			○			
歩行	できる	1		○				
つめ切り	介助されていない	1		○				
片足での立位	できる	1	○	○				
起き上がり	できる	1	○					
立ち上がり	できる	1	○					

(2)一次判定結果をより重度に変更することの多い調査項目と選択肢

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			自立	要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4
金銭の管理	一部介助以上	2,3	●					
日常の意思決定	特別な場合以上	2,3,4	●					
同じ話をする	ある	3	●					
短期記憶	できない	2	●	●				
金銭の管理	全介助	3		●				
毎日の日課を理解	できない	2		●				
今の季節を理解	できない	2		●				
薬の内服	一部介助以上	2,3			●			
口腔清潔	一部介助以上	2,3			●	●		
洗顔	一部介助以上	2,3			●	●		
整髪	一部介助以上	2,3			●	●		
場所の理解	できない	2				●		
移乗	全介助	4					●	
上衣の着脱	全介助	4					●	
洗顔	全介助	3					●	
自分の名前を言う	できない	2					●	
座位保持	できない	4						●
食事摂取	全介助	4						●
えん下	できない	3						●

※調査項目「飲水」を削除し、選択肢「自立」を「介助されていない」に修正した

事 務 連 絡

平成27年4月22日

各都道府県介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

主治医意見書における医師同意欄の取扱いについて

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

要介護認定における主治医意見書については、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律（平成26年法律第83号）による介護保険法改正等に伴い改正を行い、平成27年4月1日より適用しているところです。

当該改正の内容における「介護サービス計画作成等」の想定する範囲は、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲であって、従前の介護サービス計画作成に加えて、例えば、

- ・総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成
- ・地域ケア会議における個別事例の検討
- ・指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定
- ・認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定に関する利用を考えており、その範囲内において取り扱っていただきますよう、管内市町村に周知をお願いします。

本件連絡先

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係

石井、天辰

電話：03-5253-1111(内)3944

FAX：03-3595-4010

アドレス：amatatsu-yuuta@mhlw.go.jp

老老発 0 3 3 1 第 1 号
平成 2 7 年 3 月 3 1 日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について

要介護認定に係る認定調査等の実施については「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成 21 年 9 月 30 日老老発 0930 第 2 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）に基づき実施しているところであるが、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（平成 26 年法律第 83 号）による介護保険法改正等に伴い、別添のとおり見直しを行い、平成 27 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、介護認定審査会の運用について遺漏なきを期せられたい。

なお、当該見直しによって、状態の維持・改善の可能性にかかる審査判定の取扱いに変更は無いことを申し添える。

(別添)

○ 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「特定疾病にかかる診断基準」について（平成21年9月30日老老発0930第2号）（抄）

(変更点は下線部)

現 行	改 正 案
<p>(別添1) (略) (別添2) 主治医意見書記入の手引き I 介護保険制度における主治医意見書について 1 (略) 2 主治医意見書の具体的な利用方法 (1)・(2) (略) (3) 状態の維持・改善可能性の評価(状態の維持・改善に係る審査判定) 介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援2」「要介護1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援2」と判定することとなります。 (4)・(5) (略) II (略) III 記入マニュアル 0～3 (略) 4 生活機能とサービスに関する意見 (1)～(3) (略) (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し 現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険</p>	<p>(別添1) (略) (別添2) 主治医意見書記入の手引き I 介護保険制度における主治医意見書について 1 (略) 2 主治医意見書の具体的な利用方法 (1)・(2) (略) (3) 状態の維持・改善可能性の評価(状態の維持・改善に係る審査判定) 介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援2」「要介護1」「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援2」「要介護1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付等 の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援2」と判定することとなります。 (4)・(5) (略) II (略) III 記入マニュアル 0～3 (略) 4 生活機能とサービスに関する意見 (1)～(3) (略) (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し 現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険</p>

によるサービス(予防給付によるサービスを含む)やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5)～(7) (略)

5 (略)

(別添3) (略)

によるサービス(予防給付等によるサービスを含む。)やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する□にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5)～(7) (略)

5 (略)

(別添3) (略)

老発0929第7号
平成27年9月29日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、これまで「要介護認定等の実施について」（平成21年9月30日老発第0930005号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律及び行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令（平成27年厚生労働省令第150号）」の施行に伴い、要介護認定等に係る申請等における様式を、別添のとおり改正し、平成28年1月1日より適用することとしたので通知する。

については、当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等に係る申請等の運用について遺漏のなきように期せられたい。

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。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号																				個人番号																		
	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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期限 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																											
	有・無	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)																	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											医療保険被保険者証 記号番号						
特定疾病名																	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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

次のお通り申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被	被保険者番号																		個人番号													
	フリガナ	-----																生年月日	明・大・昭	年	月	日										
保	氏名																	性別	男	・	女											
	住所	〒																電話番号														
險	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2														
		有効期限		平成	年	月	日	から	平成	年	月	日																				
者	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		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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。

申請年月日

平成

年

月

日

被 保 険 者	被保険者番号																		個人番号																			
	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	要支援状態区分	1	2	有効期限	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消徐を求める旨																																						
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													

老発1216第2号
平成27年12月16日

都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公印省略)

介護保険法施行令の一部を改正する政令の公布及び介護認定審査会の運営についての一部改正について

「介護保険法施行令の一部を改正する政令（平成27年政令第425号。以下「改正政令」という。）」が本日公布され、平成28年4月1日から施行することとされた。

また、これに伴い、「介護認定審査会の運営について」（平成21年9月30日老発0930第6号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていた介護認定審査会の具体的な運営について、別紙の通り見直しを行い、平成28年4月1日より適用することとした。

これらの改正の趣旨及び内容は、下記のとおりであるので、十分御了知の上、管内市町村（特別区を含む。）を始め、関係者、関係団体等に対し、その周知徹底を図るとともに、その運用に遺漏なきを期されたい。

記

第1 改正の趣旨

平成27年1月30日に閣議決定した、地方分権改革に関する「平成26年の地方からの提案等に関する対応方針」に記載された介護認定審査会等の委員の任期についての措置（政令で対応すべきもの）を講ずるため、介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第6条及び第10条の規定の改正を行うこととした。

第2 改正政令の内容

1 介護保険法施行令の一部改正

- ・ 介護認定審査会の委員の任期について、2年を超え3年以下の期間で、市町村が条例で定めることができることとした。（第6条第1項関係）
- ・ 都道府県介護認定審査会の委員の任期について、2年を超え3年以下の期間で、都道府県が条例で定めることができることとした。（第10条関係）

2 施行期日

この政令は、平成28年4月1日から施行すること。

○ 介護認定審査会の運営について（平成21年9月30日老発0930第6号老健局長通知）

（別紙）

（変更点は下線部）

現 行	改 正 案
<p style="text-align: right;">（別添）</p> <p style="text-align: center;">介護認定審査会運営要綱</p> <p>1 目的 介護保険法（平成9年法律第123号）第14条に規定する介護認定審査会（以下「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。</p> <p>2 認定審査会の構成</p> <p>1) 委員 委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長（特別区にあっては区長。以下同じ。）が任命する。その際、以下の点について留意する。</p> <p>(1) 委員の任期について 委員の任期は、<u>2年</u>とし、再任することができる。</p> <p>（以下略）</p>	<p style="text-align: right;">（別添）</p> <p style="text-align: center;">介護認定審査会運営要綱</p> <p>1 目的 介護保険法（平成9年法律第123号）第14条に規定する介護認定審査会（以下「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。</p> <p>2 認定審査会の構成</p> <p>1) 委員 委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長（特別区にあっては区長。以下同じ。）が任命する。その際、以下の点について留意する。</p> <p>(1) 委員の任期について 委員の任期は、<u>2年（委員の任期を2年を超え3年以下の期間で市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）が条例で定める場合</u>にあっては、当該条例で定める期間）とし、再任することができる。</p> <p>（以下略）</p>

老老発0331第1号
平成28年3月31日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について

要介護認定に係る認定調査等の実施については「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成21年9月30日老老発第093002号厚生労働省老健局老人保健課長通知）に基づき実施しているところであるが、第三者行為求償事務の取組強化に伴い見直すとともに、主治医意見書における「介護サービス計画作成等」の想定する範囲の内容についても記載するため、別添の通り見直しを行い、平成28年4月1日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図らりたい。

事務連絡
平成 29 年 12 月 20 日

都道府県・指定都市 要介護認定担当課 御中

老健局老人保健課長

平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等については、下記の予定としておりますので、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

記

1. 認定審査会の簡素化について

「介護認定審査会の運営について（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 6 号老健局長通知）」を改正し、以下の(1)から(6)の全ての要件に合致する認定申請について、認定審査会を簡素化して実施することを可能とします。

- (1) 審査対象者が、介護保険法第 7 条第 3 項第 1 号又は同条第 4 項第 1 号に定める者(1号被保険者)であること
- (2) 要介護（要支援を含む。以下同じ）更新申請であること
- (3) 認定調査及び主治医意見書に基づくコンピュータ判定（以下、「コンピュータ判定」という。以下同じ。）における要介護度が、現在の要介護度と一致していること
- (4) 前回の審査結果の認定有効期間が 12 か月以上であること
- (5) コンピュータ判定における要介護度が「要支援 2」又は「要介護 1」である場合は、状態の安定性判定ロジックの判定結果が「安定」であること
- (6) コンピュータ判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと

- ・ 22 分以上 25 分未満
- ・ 29 分以上 32 分未満
- ・ 47 分以上 50 分未満
- ・ 67 分以上 70 分未満
- ・ 87 分以上 90 分未満
- ・ 107 分以上 110 分未満

認定申請がこれらの要件に合致するかどうかについては、認定ソフト上で容易に判別できるよう、ソフトウェア改修を行います。

なお、保険者の判断により、上記に加えてより詳細な要件を設定することも差し支えありません。

(例：コンピュータ判定結果が要支援 2/要介護 1 の者については状態の安定性に関わらず簡素化しないこととする 等)

認定審査会簡素化の具体的な方式については、介護保険法第 27 条第 4 項等に定める基本原則を踏まえつつ、各保険者において決定して頂くこととなります。(例：要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得る 等)

また、認定審査会簡素化実施の有無に関わらず、認定結果通知を受けた者は、要介護状態区分の変更の申請や、不服申立てによる介護保険審査会への審査請求を従前通り実施することが可能ですので、適切な情報提供を実施して頂けるよう、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

2. 認定有効期間の延長について

要介護更新認定の有効期間の上限について、現行の 24 か月から 36 か月に延長します。平成 30 年 4 月 1 日以降に申請のあった更新認定申請が対象となります。

3. 要介護認定等データの提出義務化について

現在、任意でご提出いただいている要介護認定等データについて、改正後の介護保険法 118 条の 2 の規定に基づき、提出を義務化します。

また、現在は認定ソフト 2009 からインターネット経由で提供いただいておりますが、経路を変更し、各都道府県の国民健康保険団体連合会経由で提出いただきます。

平成 30 年 4 月 1 日以降に審査を行った要介護認定が対象となります。提出経路変更に伴うデータ授受方法の詳細については、平成 30 年 2 月上旬にご連絡する予定です。

4. 認定ソフトの改修について

認定ソフト 2009 について、上記の認定審査会簡素化、有効期間の延長、提出経路の変更に伴う改修を行います。提出経路の変更対応以外の認定審査会簡素化、有効期間の延長に対応した新たな認定ソフトの配布時期は 3 月下旬を予定しております。

また、別途配布します手順書にて、4 月 1 日以降、Windows10 搭載のパソコンによる利用が可能となります。

提出経路の変更に対応した認定ソフトの配布時期は、6 月下旬を予定しております。平成 30 年 4 月 1 日以降に審査を行った要介護認定データは、8 月以降に各都道府県の国民健康保険団体連合会経由で提出いただくこととなります。

5. 認定調査員・認定審査会委員テキストの改訂について

平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度の改正を踏まえ、認定調査員・認定審査会委員テキストを改訂いたします。

改定時期は年度末となりますが、テキストとは別に、テキストの主要な改訂箇所を整理した資料を認定適正化ホームページに掲載予定ですので、年度当初に実施する各種研修等にご活用ください。

6. マイナンバーシステム本格稼働に伴う要介護認定申請様式について

マイナンバーシステムの本格稼働により、他保険者からの転入・転出者の新規認定申請に省略可能になったことに伴い、「要介護認定の実施について（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号老健局長通知）」の別添 1-1 の要介護（新規・更新）認定申請書に、転入前の認定情報が存在する場合の記入欄を追加する改正を行います。

7. その他

末期がん等の方への要介護認定については、これまでも「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について（平成 22 年 4 月 30 日老健局老人保健課事務連絡）」等に基づき実施して頂いているところですが、引き続き、末期がん等の方への適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供がなされるよう、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

(照会先)

厚生労働省老健局老人保健課

介護認定係 有川, 塩田

03-5253-1111 (内線 3945)

以上

事務連絡
平成 30 年 2 月 14 日

都道府県・指定都市 要介護認定担当課 御中

老健局老人保健課長

介護認定審査会の簡素化等に係る Q & A

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等については、平成 29 年 12 月 20 日事務連絡「平成 30 年 4 月 1 日以降の要介護認定制度等について」においてお知らせしたところですが、本件につき下記の通り Q & A を作成いたしましたので、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

記

Q1. 認定審査会の簡素化とは、認定審査会による審査判定を行わないということか。

A1. 審査会による審査判定は介護保険法第 27 条第 5 項等に定められた事項であるため、審査判定の実施自体を省略することはできない。

今般の見直しは、審査判定の具体的な実施方法を定めた認定審査会運営要綱を改正し、簡素化した方法での審査判定の実施を可能とするものである。そのため、たとえば要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得ることをもって個々の審査判定(一次判定の修正・確定を含む)に代えることは考えられる。ただし、そうした場合においても、審査会の開催自体は省略せず、審査会の場での委員による対象者リスト確認をもって審査判定とする等の取扱いが適当である。

Q2. 認定審査会を簡素化する方法として認められうる範囲や基準を示されたい。

A2. 認定審査会を簡素化した場合であっても、保険者が審査判定を実施し、認定結果について責任を負うことには変わりはないため、その範囲において各保険者で簡素化の方法を決定されたい。

Q3. 「要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得る」という方法で簡素化を実施するとした場合、審査会委員にはどの程度まで詳細な同意を求める必要があるのか。

A3. 簡素化の方法については最終的には保険者の判断となるが、Qの例では当該包括同意が個々の認定審査会における審査判定を実質的に代替するものとなることから、同意の内容について各委員に十分ご理解いただくとともに、同意が得られない場合には簡素化方法を見直すことが適切であると考えられる。

Q4. 認定審査会を簡素化した場合、有効期間はどのように設定すればよいのか。

A4. 簡素化の方法に応じ、保険者により設定方法を決定することとなる。

Q5. 介護保険法第27条第4項に定める認定審査会への通知及び審査判定の求めも簡素化の対象となるのか。

A5. 認定審査会への通知は法律に定める事項であるため、実施して頂く必要がある。通知方法は各保険者における簡素化形態に応じてご判断頂きたい。

Q6. 要件に合致しない者について保険者判断で認定審査会を簡素化することは可能か。

A6. 今般の見直しは、二次判定における要介護度の変更率が極めて低い者に限って認定審査会の簡素化を可能とするものであるため、要件に合致しない者の審査判定の取扱いは従来通りとなる。

Q7. 認定審査会の簡素化は平成30年4月1日申請分から可能となるのか。

A7. 申請日が3月以前であっても、審査判定を4月1日以降に実施するケースであれば簡素化が可能となる。

Q8. 認定審査会の簡素化は平成 30 年 4 月より直ちに開始しなければならないのか。

A8. 認定審査会の簡素化は実施の有無も含めて保険者判断となるため、4 月より直ちに開始しなくても差し支えない。

Q9. 認定審査会の簡素化について、申請者に説明する必要があるか。

A9. 簡素化の実施の有無に関わらず、保険者が認定結果について責任を負うことに変わりないことから、申請者への特段の説明や理解が必要であるとは考えていないが、区分変更申請の案内等、認定結果を受けた申請者への対応については従来通りご配慮頂きたい。

Q10. 有効期間を 36 か月に設定する場合の判断基準は厚生労働省から示されるのか。

A10. 要介護認定の有効期間は、今般の見直しに関わらず、今回判定結果の要介護度がどれほど長く継続するか判断に基づき決定されるものであり、厚生労働省として統一的な基準を示すことは考えていない。

Q11. 有効期間 36 か月の設定は平成 30 年 4 月 1 日申請分から可能となるのか。

A11. 申請日が 4 月 1 日以降のケースが対象となる。

Q12. 有効期間の延長は平成 30 年 4 月より直ちに開始しなければならないのか。

A12. 保険者判断として個々のケースに 24 か月を超える有効期間を設定しないことは差し支えないが、制度の上では最大 36 か月の有効期間が設定可能となっていることに留意されたい。

(照会先)

厚生労働省老健局老人保健課

介護認定係 有川, 塩田

03-5253-1111 (内線 3945)

以上

老発 0323 第 1 号
平成30年3月23日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

介護認定審査会の具体的な運営については、これまで「介護認定審査会の運営について」(平成21年9月30日老発0930第6号厚生労働省老健局長通知)により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、平成30年4月1日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、介護認定審査会の運用について遺漏のなきように期せられたい。

また、介護認定審査会の簡素化にあたっては、別添参考「介護認定審査会の簡素化等に係るQ&A(平成30年2月14日老健局老人保健課長事務連絡)」も参照されたい。

○ 介護認定審査会の運営について (平成21年9月30日老発第093006号) (抄)

(変更点は下線部)

現行	改正後
<p>(略)</p> <p>(別添) 介護認定審査会運営要綱</p> <p>(略)</p> <p>(新規)</p>	<p>(略)</p> <p>(別添) 介護認定審査会運営要綱</p> <p>(略)</p> <p>5 <u>認定審査会の簡素化</u></p> <p>以下の(1)から(6)の全ての要件に合致する場合、「3 審査及び判定」及び「4 認定審査会開催の手順」の規定によらず、認定審査会を簡素化して実施することと しても差し支えない。</p> <p>(1) <u>審査対象者が、介護保険法第7条第3項第1号または同条第4項第1号に定める者であること</u></p> <p>(2) <u>介護保険法第28条に定める要介護更新申請又は第33条に定める要支援更新申請であること</u></p> <p>(3) <u>一次判定(4の2)の(1)に定める「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。)における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること</u></p> <p>(4) <u>現在の認定有効期間が12か月以上であること</u></p> <p>(5) <u>一次判定における要介護度が「要支援2」又は「要介護1」である場合、別紙2-3の表9に定める状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと</u></p> <p>こと</p> <p>(6) <u>一次判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • 29分以上32分未満 • 47分以上50分未満 • 67分以上70分未満 • 87分以上90分未満 • 107分以上110分未満

老発 0323 第 2 号
平成 30 年 3 月 23 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、平成 30 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

○ 要介護認定等の実施について(平成21年9月30日老発0930第5号)(抄)

(変更点は下線部)

現行		改正後												
(略)		(略)												
(別添1-1)介護保険 要介護認定・要支援認定(更新)申請書		(別添1-1)介護保険 要介護認定・要支援認定(更新)申請書												
(略)		(略)												
被 保 険 者	(略)	(略)	(略)											
	<table border="1"> <tr> <td>前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</td> <td>要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2</td> </tr> <tr> <td>有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> </table>	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日		<table border="1"> <tr> <td>前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</td> <td> <u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u> </td> <td> 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日 転出元自治体(市町村)名[_____] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください) <u>はい・はいえ</u> 「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日 </td> </tr> </table>	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	<u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u>	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日 転出元自治体(市町村)名[_____] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください) <u>はい・はいえ</u> 「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日					
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2												
有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日														
前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	<u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u>	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日 転出元自治体(市町村)名[_____] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください) <u>はい・はいえ</u> 「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日												
(略)	(略)													
提出代行者	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>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)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒 _____</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>_____</td> </tr> </table>	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	_____	<table border="1"> <tr> <td>名称</td> <td>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、<u>介護医療院</u>)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒 _____</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>_____</td> </tr> </table>	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、 <u>介護医療院</u>)	住所	〒 _____	電話番号	_____
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	_____													
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、 <u>介護医療院</u>)													
住所	〒 _____													
電話番号	_____													
(略)	(略)													

(別添1-2) 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(略)

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

(略)

(別添2) 認定調査票 (概況調査)

(略)

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。

<input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所)	月 日	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)

(別添1-2) 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(略)

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、 <u>介護医療院</u>)	印
	住所	〒	電話番号

(略)

(別添2) 認定調査票 (概況調査)

(略)

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。

<input type="checkbox"/> (<u>介護予防</u>)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス	月 回	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
<input type="checkbox"/> (<u>介護予防</u>)通所介護(デイサービス)・通所型サービス	月 回	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
<input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ホーム)(<u>老健・診療所</u>)	月 日	(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)
(略)		(略)

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 — —

(略)

(別添3) 主治医意見書

(略)

3. 心身の状態に関する意見

(略)															
(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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/>女親・女聴</td> <td><input type="checkbox"/>妄想</td> <td><input type="checkbox"/>昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/>暴言</td> <td><input type="checkbox"/>暴行</td> <td><input type="checkbox"/>介護への抵抗</td> <td><input type="checkbox"/>徘徊</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>火の不始末</td> <td><input type="checkbox"/>不潔行為</td> <td><input type="checkbox"/>異食行動</td> <td><input type="checkbox"/>性的問題行動</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> </table>	}	<input type="checkbox"/> 女親・女聴	<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 ()		
}		<input type="checkbox"/> 女親・女聴	<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 ()										
(略)															

(略)

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 checked="" type="checkbox"/> 介護医療院 <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 — —

(略)

(別添3) 主治医意見書

(略)

3. 心身の状態に関する意見

(略)															
(3) 認知症の行動・心理症状(BPSD) (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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td rowspan="2" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td><input type="checkbox"/>女親・女聴</td> <td><input type="checkbox"/>妄想</td> <td><input type="checkbox"/>昼夜逆転</td> <td><input type="checkbox"/>暴言</td> <td><input type="checkbox"/>暴行</td> <td><input type="checkbox"/>介護への抵抗</td> <td><input type="checkbox"/>徘徊</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>火の不始末</td> <td><input type="checkbox"/>不潔行為</td> <td><input type="checkbox"/>異食行動</td> <td><input type="checkbox"/>性的問題行動</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>その他 ()</td> </tr> </table>	}	<input type="checkbox"/> 女親・女聴	<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 ()		
}		<input type="checkbox"/> 女親・女聴	<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 ()										
(略)															

(略)

老老発0323第1号

平成30年3月23日

各 都道府県 介護保険主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省老健局老人保健課長

（ 公 印 省 略 ）

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について

要介護認定に係る認定調査等の実施については「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成21年9月30日老老発第093002号厚生労働省老健局老人保健課長通知）に基づき実施しているところであるが、今般、別添の通り見直しを行い、平成30年4月1日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図られたい。

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」
の一部改正についての新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 前	改 正 後
<p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き (略)</p> <p>3. 心身の状態に関する意見</p> <p>(略)</p> <p>(3) 認知症の周辺症状 申請者に認められる認知症の周辺症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について()内に記入してください。 なお、認知症の周辺症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。</p> <p>(略)</p>	<p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き (略)</p> <p>3. 心身の状態に関する意見</p> <p>(略)</p> <p>(3) 認知症の<u>行動・心理</u>症状 <u>(B P S D)</u> 申請者に認められる認知症の<u>行動・心理</u>症状の有無について、該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する□のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について()内に記入してください。 なお、認知症の<u>行動・心理</u>症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する□にレ印をつけてください。</p> <p>(略)</p>

老 発 0726 第 1 号
平成 30 年 7 月 26 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドラインについて

要介護認定情報・介護レセプト等情報については、介護保険法第 118 条の 2 第 2 項の規定に基づき市町村が厚生労働大臣に提供する情報の利用及び提供に関する指針（平成 30 年厚生労働省告示第 240 号（以下「指針」という。））の第 3 の 1（1）ただし書きの規定に基づき、厚生労働省その他の国の行政機関、地方公共団体等が、法令に定める所掌事務の遂行に必要な限度で、かつ、国民の健康の保持増進及びその有する能力の維持向上等を目指した正確な根拠に基づく施策の推進のために利用する場合、または、前述の施策の推進に有益な分析・研究もしくは学術研究の発展に資する目的で行う分析・研究のために、当該分析・研究に必要な限度でデータを利用する場合であって、当該研究の目的、研究計画、データの分析方法、データの利用・管理方法等について審査した上で、当該データの利用が公益性が高いものとして厚生労働大臣が承認した場合は、利用できるとしている。

今般、要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関する有識者会議において要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関する依頼申出者の範囲や提供依頼申出者による研究成果等の公表に係る公表基準等について議論されたことを踏まえ、指針第 3 の 1（1）ただし書きの規定に基づいて行うデータの提供に係る事務処理及び有識者の行う審査の基準を定めた「要介護認定情報・介護レセプト等情報の提供に関するガイドライン」を策定したので、通知する。

貴職におかれては、本ガイドラインについて御了知いただくとともに、貴管下の市区町村、関係機関等へ周知していただくよう御協力方お願いする。

なお、市町村介護保険事業計画及び都道府県介護保険事業支援計画の作成、実施及び評価に資することを目的として、調査及び分析を行うために、市町村長（特別区にあっては、区長。以下同じ。）又は都道府県知事が厚生労働大臣に対し、データの提供を求める場合には、本通知の主旨にはあたらず、厚生労働大臣は当該求めに係るデータを市町村長又は都道府県知事に提供することができることを申し添える。

老老発 0920 第 1 号
平成 30 年 9 月 20 日

各都道府県介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
（ 公 印 省 略 ）

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」の一部改正について

要介護認定に係る認定調査等の実施については「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「特定疾病にかかる診断基準」について」(平成 21 年 9 月 30 日老老発 0930 第 2 号厚生労働省老健局老人保健課長通知)に基づき実施しているところであるが、今般、別添の通り見直しを行い、平成 30 年 10 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図られたい。

「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「特定疾病にかかる診断基準」について」
の一部改正についての新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改 正 前	改 正 後												
<p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き (略)</p> <p>4. 生活機能とサービスに関する意見 (略)</p> <p>(5) 医学的管理の必要性 医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。 訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。 また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。 なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。</p>	<p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き (略)</p> <p>4. 生活機能とサービスに関する意見 (略)</p> <p>(5) 医学的管理の必要性 医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。 訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。 また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。 なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。</p>												
<table border="1"> <tr> <td>(略)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>看護職員の訪問による相談・支援</u></td> <td><u>医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものをいう。</u></td> </tr> <tr> <td>(略)</td> <td></td> </tr> </table>	(略)		<u>看護職員の訪問による相談・支援</u>	<u>医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものをいう。</u>	(略)		<table border="1"> <tr> <td>(略)</td> <td></td> </tr> <tr> <td><u>(削除)</u></td> <td><u>(削除)</u></td> </tr> <tr> <td>(略)</td> <td></td> </tr> </table>	(略)		<u>(削除)</u>	<u>(削除)</u>	(略)	
(略)													
<u>看護職員の訪問による相談・支援</u>	<u>医療機関及び訪問看護ステーションの看護職員が訪問して、療養上の様々な課題・悩みに対する相談・支援を行うものをいう。</u>												
(略)													
(略)													
<u>(削除)</u>	<u>(削除)</u>												
(略)													
(略)	(略)												

老 発 0925 第 2 号
平成 30 年 9 月 25 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、平成 30 年 10 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

○ 要介護認定等の実施について (平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号) (抄)

(変更点は下線部)

現行	改正後						
<p>(略)</p> <p>(別添 3) 主治医意見書</p> <p>(略)</p> <p>4. 生活機能とサービスに関する意見</p> <table border="1" data-bbox="170 469 1086 699"><tr><td>(略)</td></tr><tr><td>(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。 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/>訪問歯科診療 <input type="checkbox"/>訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/>短期入所療養介護 <input type="checkbox"/>訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/>訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/>通所リハビリテーション <input type="checkbox"/>その他の医療系サービス ()</td></tr><tr><td>(略)</td></tr></table> <p>(略)</p>	(略)	(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。 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()	(略)	<p>(略)</p> <p>(別添 3) 主治医意見書</p> <p>(略)</p> <p>4. 生活機能とサービスに関する意見</p> <table border="1" data-bbox="1155 469 2072 699"><tr><td>(略)</td></tr><tr><td>(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。 <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>訪問歯科診療 <input type="checkbox"/>訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/>短期入所療養介護 <input type="checkbox"/>訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/>訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/>通所リハビリテーション <input type="checkbox"/>その他の医療系サービス ()</td></tr><tr><td>(略)</td></tr></table> <p>(略)</p>	(略)	(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。 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()	(略)
(略)							
(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。 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 看護職員の訪問による相談・支援 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()							
(略)							
(略)							
(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。 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他の医療系サービス ()							
(略)							

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があることから、迅速な要介護認定の実施等について、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成 22 年 4 月 30 日付事務連絡）によりお願いしているところです。

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会及びがん対策推進協議会等の議論において、65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として記載する必要があり、記入しづらく利用が進まないとの指摘があり、「がん対策推進基本計画」（平成 30 年 3 月閣議決定）においても、「国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討する」と盛り込まれました。

これを踏まえ、第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の申請をするに当たっての特定疾病の名称の記入に係る取扱い等について、下記のとおりお示しするので、管内の市町村（指定都市及び特別区を含む。）に周知いただくようお願いします。また、上記の指摘を踏まえ、厚生労働省のホームページにおける特定疾病の説明においても、「がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。）」と記載していましたが、「【がん末期】」の記載を削除したことを申し添えます。

記

1 特定疾病の名称の記入について

特定疾病の名称の記入に当たっては、「がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

2 特定疾病の確認について

申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかを留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するかどうかを申請者に確認する必要はありません。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木・山本
T E L 03-5253-1111（内線 3945）
F A X 03-3595-4010

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

令和2年4月からの要介護認定制度の改正案について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。

「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会）を踏まえ、令和2年4月から、市町村が指定市町村事務受託法人に認定調査を委託したとき、当該法人は、認定調査を介護支援専門員に行わせる必要があるとする取扱いを改正することなどを予定しています。

今後、4月までに、介護保険法施行規則（平成11年厚生省令第36号）や関係通知の改正を行う予定ですが、都道府県及び市町村（広域連合等を含む。以下同じ。）における準備期間を考慮し、下記のとおりお知らせします。なお、下記の内容は、今後の検討により変更が生じ得ることを申し添えます。

については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

記

1 改正内容

介護保険法第24条の2第2項に定める「介護支援専門員その他厚生労働省令で定める者」について、当該定める者として、介護保険法施行規則に、新たに「保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者」を規定する。

具体的には、認定調査員研修を修了した者であって、以下の①又は②のいずれかに該当することを要件とする。

- ① 介護保険法施行規則第113条の2第一号又は第二号に規定される者であつて、介護に係る実務の経験が5年以上である者
- ② 認定調査に従事した経験が1年以上である者

2 留意事項

本改正後も、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とし、上記の要件に該当する者による認定調査を補完的に可能とするものであることに留意されたい。

また、公平・公正かつ適切な認定調査を行う上では、認定調査員として任用した後も認定調査を含めた要介護認定制度への理解を深めていくことが重要である。市町村の中には、認定調査を直接雇用の職員のみが実施する体制の構築のほか、経験年数が長い職員による認定調査への同行やグループワーク等による研修、定期的な

ミーティング、認定調査員向けのeラーニングの受講等により、公平・公正かつ適切な認定調査を実施するために必要な知識、技能の向上を図っている場合がある。

こうした事例を参考に、認定調査を指定市町村事務受託法人に委託するに当たっての条件を検討するなど認定調査の質の確保について留意されたい。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係

担当者：佐々木、小林

T E L 03-5253-1111 (内線 3945)

F A X 03-3595-4010

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

精神疾患患者に係る要介護認定における留意事項について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
この度、精神疾患患者に係る要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）に当たっ
ての運用に係る疑義があったことから、下記のことについて周知いたしますので、管
内の市町村に周知をお願いします。

記

- 1 「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「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成 21 年 9 月 30 日老老発 0930 第
2 号。以下「通知」という。）では、認定調査の実施に当たっては、
 - ・ 家族等、実際の介護者と日程調整をした上で行き、聞き取りを行うときには、
調査対象者本人、介護者双方から行うことに努めること、
 - ・ 施設入所者等についても、可能な限り家族や施設職員等、日頃の状況を把握し
ている者に立ち会いを求めること等を定めている。
この取扱いは、精神疾患により医療機関に入院している場合であっても同様であ
り、入院中の医療機関において認定調査を行う必要がある場合には、可能な限り、
当該医療機関の看護師等日頃の状況を把握している者の立ち会いのもとで認定調
査を実施されたい。
- 2 主治医意見書は、要介護認定の申請者の主治の医師に対して、当該申請者の身体
上又は精神上の障害の原因である疾病又は負傷の状況等につき意見を求めるもの
である。このとき、申請者の主治の医師が精神科医である場合は、当該医師に意見
を求める必要がある。
要介護認定の申請時に、申請者が複数の医療機関に通院しており、どの医師の指
名や医療機関名等を記載するか迷うような場合には、主治の医師に係る氏名等を記
載するよう案内をすること。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係 担当者：佐々木、小林 T E L 03-5253-1111（内線 3945） F A X 03-3595-4010

事務連絡
令和2年2月13日

都道府県
各指定都市 民生主管部（局） 御中
中核市

厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課
厚生労働省子ども家庭局母子保健課
厚生労働省社会・援護局保護課
厚生労働省社会・援護局福祉基盤課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課
厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課
厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
厚生労働省老健局高齢者支援課
厚生労働省老健局振興課
厚生労働省老健局老人保健課

社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について
(令和2年2月13日現在)

標記については、当面の考え方として「社会福祉施設等における新型コロナウイルスへの対応について（令和2年1月31日厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課ほか連名事務連絡）」に基づき対応いただいているところですが、中華人民共和国湖北省に滞在歴がある外国人及び同省で発行された同国旅券を所持する外国人に加えて、2月13日午前0時から、同国浙江省に滞在歴がある外国人及び同省で発行された同国旅券を所持する外国人についても上陸拒否の対象となったことなどから、同事務連絡を廃止し、今後は本事務連絡の別紙のとおりとしますので、内容をご確認の上、対応いただくようお願いいたします。なお、新型コロナウイルスについては、日々状況が変化しているため、必要に応じて、最新の情報や追加的な留意事項を提供する場合がございます。

対応に当たっては、社会福祉施設等の職員が新型コロナウイルスについて正しい認識を持つとともに、感染対策マニュアル等を通して、基本的な感染症対策を含めた共通理解を深めるよう、引き続き努めていただくようお願いいたします。

また、管下の社会福祉施設等に対しても周知をお願いするとともに、都道府県におかれましては、管内市町村（特別区を含む。）に対する周知をお願いいたします。

(参考)

- 「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」（厚労省）
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisaku-jouhou-11900000-Koyoukintou-jidoukateikyoku/0000201596.pdf>
- 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」（厚労省）
<https://www.mhlw.go.jp/content/000500646.pdf>
- ※ 障害福祉サービス等事業者等については「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」や「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」をご参照いただきたい。

留意事項

(令和2年2月13日時点更新 更新は下線部)

- (1) 新型コロナウイルスについては、風邪やインフルエンザ同様に、まずはマスク着用を含む咳エチケットや手洗い、アルコール消毒等により、感染経路を断つことが重要である。職員、子ども、障害者や高齢者（以下「職員等」とする。）はもとより、面会者や委託業者等、職員等と接触する可能性があると考えられる者も含めて、「保育所における感染症対策ガイドライン（2018年改訂版）」や「高齢者介護施設における感染対策マニュアル改訂版」等を参照の上、上記の対応を行うよう促すこと。

(参考)

- 「保育所における感染症対策ガイドライン」（厚労省）、P.8（飛沫感染対策）、P.12（接触感染対策）
- 「高齢者介護施設における感染対策マニュアル 改訂版」（厚労省）、P.4（感染経路の遮断）

- (2) 概ね過去14日以内に湖北省又は浙江省（※1）から帰国した職員等（湖北省又は浙江省から帰国した者と濃厚な接触をした者を含む。）については、保健福祉部局、保健所並びに医師又は嘱託医と連携のうえ、発熱（概ね37.5℃以上）や呼吸器症状があるかどうかを確認し、次の（ア）又は（イ）に従って対応すること。該当する職員等がいる場合、施設長は、すみやかに市区町村に対して、人数、症状、対応状況等を報告するとともに、発熱等の症状により感染が疑われる職員等がいる場合は、保健所に報告して指示を求めること。

（※1）地域については、今後の流行状況に合わせて変更の可能性がある。地域の変更については別途連絡する。

- （ア） 発熱等の症状により感染が疑われる職員等については、他人との接触を避け、マスクを着用させるなどし、すみやかに最寄りの保健所などに設置される「帰国者・接触者相談センター」に電話連絡し、センターから指定された医療機関を受診すること。（※2）
- （イ） 現に症状がない職員等についても、帰国又は接触から14日間は外出を控えていただくよう、要請するとともに、健康状態を観察すること。症状が出現した場合には、上記（ア）に従うこと。

（※2）「新型コロナウイルスに関するQ&A（一般の方向け）」（令和2年2月13日時点版）では、世界保健機関（WHO）のQ&Aによれば、現時点の潜伏期間は1-12.5日（多くは5日-6日）とされており、また、他のコロ

ナウウイルスの情報などから、感染者は14日間の健康状態の観察が推奨されています。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/dengue_fever_ga_00001.html

各都道府県に設置されている「帰国者・接触者相談センター」の一覧は下記をご覧ください。

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/covid19-kikokusyasessyokusya.html

- (3) 新型コロナウイルスに関しては、現段階では不明な点も多いことや、日々状況が変化している現状を踏まえ、最新かつ正確な情報(※3)を保健所等の関係機関と十分連携しつつ、収集すること。また、これらの情報を職員に提供するとともに、必要に応じ、子どもや保護者、障害者及び高齢者、並びにこれらの家族に対する情報提供や相談対応に努めること。

(※3) 以下に掲載するHP等を活用し情報収集すること

- ・「新型コロナウイルスに係る厚生労働省電話相談窓口（コールセンター）のフリーダイヤル化について」（厚労省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_09347.html

- ・「新型コロナウイルス感染症の対応について」（内閣官房）

http://www.cas.go.jp/jp/influenza/novel_coronavirus.html

- ・新型コロナウイルス感染症について（厚労省）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000164708_00001.html

- (4) 職員等に対し、現在の知見の下での新型コロナウイルスに関する適切な知識を基に、新型コロナウイルスを理由とした偏見が生じないようにするなど、職員等の人権に十分配慮すること。

(問合せ先)

<新型コロナウイルス関連肺炎についての厚生労働省電話相談窓口>

TEL : 0120-565653 (フリーダイヤル)

※受付時間 9時00分～21時00分 (土日・祝日も実施)

<児童福祉施設等に関するお問い合わせ>

○厚生労働省子ども家庭局家庭福祉課

TEL : 03-5253-1111 (内線4867、4868)

○厚生労働省子ども家庭局母子保健課

TEL : 03-5253-1111 (内線4976、4977)

<保護施設に関するお問い合わせ>

○厚生労働省社会・援護局保護課

TEL : 03-5253-1111 (内線2824)

<障害福祉サービス事業所等に関するお問い合わせ>

○厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部障害福祉課

TEL : 03-5253-1111 (内線3148)

<介護保険サービスに関するお問い合わせ>

○厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室

TEL : 03-5253-1111 (内線3975、3973)

○厚生労働省老健局高齢者支援課

TEL : 03-5253-1111 (内線3929、3971)

○厚生労働省老健局振興課

TEL : 03-5253-1111 (内線3937、3979)

○厚生労働省老健局老人保健課

TEL : 03-5253-1111 (内線3948、3949)

II. 感染経路の遮断

感染経路には、接触感染、飛沫感染、空気感染、および血液媒介感染等があります。

表1 主な感染経路と原因微生物

感染経路	特徴	主な原因微生物
接触感染 (経口感染含む)	● 手指・食品・器具を介して伝播する 頻度の高い伝播経路である。	ノロウイルス※ 腸管出血性大腸菌 メチシリン耐性黄色ブドウ 球菌 (MRSA) 等
飛沫感染	● 咳、くしゃみ、会話等で、飛沫粒子 (5 μ m 以上) により伝播する。 ● 1m 以内に床に落下し、空中を浮遊 し続けることはない。	インフルエンザウイルス※ ムンプスウイルス 風しんウイルス 等
空気感染	● 咳、くしゃみ等で飛沫核 (5 μ m 未満) として伝播し、 空中に浮遊し、空気の流れにより 飛散する。	結核菌 麻しんウイルス 水痘ウイルス 等
血液媒介感染	● 病原体に汚染された血液や体液、 分泌物が、針刺し等により体内に 入ることにより感染する。	B 型肝炎ウイルス C 型肝炎ウイルス 等

※インフルエンザウイルスは、接触感染により感染する場合がある

※ノロウイルス、インフルエンザウイルスは、空気感染の可能性が報告されている

高齢者介護施設において感染経路を遮断するためには、

病原体を持ち込まないこと
病原体を持ち出さないこと
病原体を拡げないこと への配慮が必要です。

その基本となるのは、標準予防策 (スタンダード・プリコーション) と感染経路別予防策です。

職員は、入所者と日常的に長時間接するため、特に注意が必要です。標準予防策 (スタンダード・プリコーション) として、手洗いのほか、血液、体液、分泌物、嘔吐物、排泄物等を扱うときは、手袋を着用するとともに、これらが飛び散る可能性のある場合に備えて、マスクやエプロン・ガウンの着用についても検討し実践することが必要です。

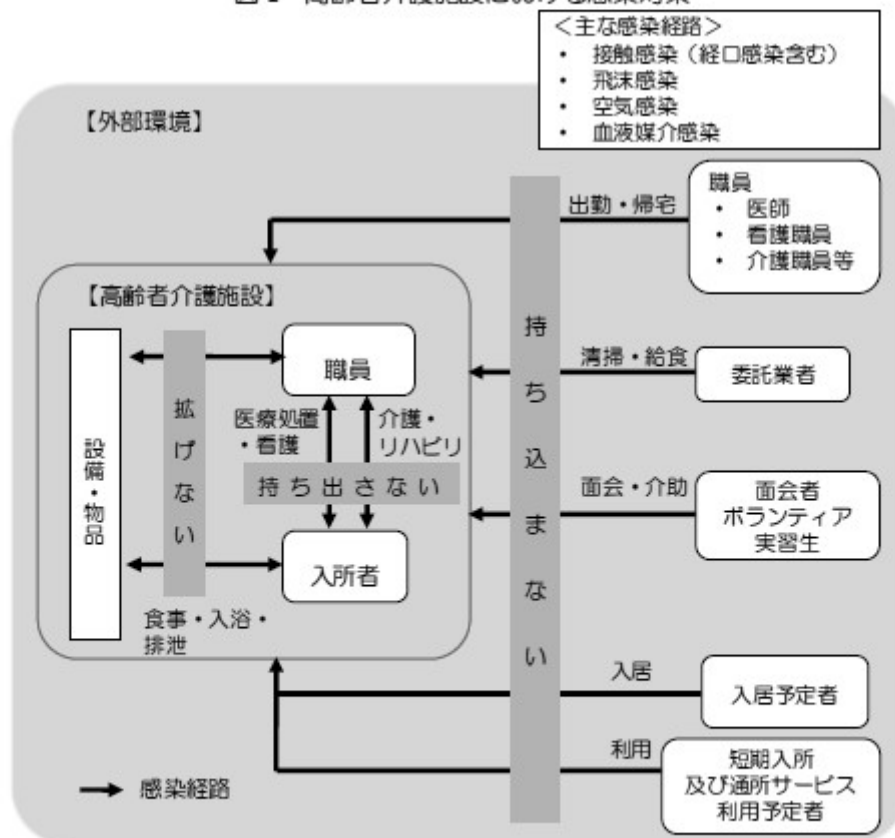
さらに、日常から健康管理を心がけるとともに、感染症に罹患した場合には休むことができる職場環境づくりも必要です。

高齢者介護施設において流行を起こしやすい感染症は、施設内から新規に発生することは非常にまれであり、主に施設外で感染して施設内に持ち込まれています。

職員だけでなく、新規入所者等（高齢者介護施設に併設の短期入所サービス、通所サービス利用者も含む）、面会者、ボランティア、実習生等も、感染症の病原体を施設の外部から持ち込まないように留意することが重要です。

ただし、入所予定者に対して、結核の既往や薬剤耐性菌の保菌等を理由に入所を断ってはいけません。

図1 高齢者介護施設における感染対策



事務連絡
令和2年2月18日

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて

今般のコロナウイルスへの対応のため、介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置がとられる場合があります。

これにより、当該施設等に入所している被保険者への認定調査が困難な場合、当該被保険者の要介護認定及び要支援認定の有効期間については、従来期間に新たに12ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることとします。

については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その2）

令和2年2月18日に「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」を発出したところ、当該取扱いに関連して問い合わせがあったことについて、下記のとおりとします。

については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

記

Q1 変更認定又は新規認定について、面会禁止となった施設や医療機関に入所等されている者から申請があった場合、どのように取り扱うべきか。

A1 申請を受理し、面会禁止等の措置が解けた後に調査を実施するなどの対応をされたい。このとき、申請から認定まで30日を超える場合には、介護保険法（平成9年法律第123号）第27条第11項ただし書きの「特別な理由」に該当するものとして取り扱って差し支えない。

Q2 介護認定審査会の委員から、医療機関や介護福祉施設に勤務する者が一同に集まることは避けるべきではないかと申出があったが、介護認定審査会の開催は必ず対面で行わないといけないのか。

A2 介護認定審査会の開催に当たっては、ICT等の活用により合議ができる環境が整えられれば、必ずしも特定の会場に集まって実施する必要はない。
また、これらの機器の整備等がない場合、例えば、あらかじめ書面で各委員から意見を取り寄せ、電話を介して合議を行い、判定を行うような取扱いとしても差し支えない。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木、小林
TEL 03-5253-1111（内線 3945）
FAX 03-3595-4010
電子メール roukenkanintei@mh.lw.go.jp

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

要介護認定に係るQ & Aについて

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
「介護保険制度の見直しに関する意見」（令和元年12月27日社会保障審議会介護保険部会。以下「部会意見」という。）を踏まえ、令和2年4月から、市町村が指定市町村事務受託法人に認定調査を委託したとき、当該法人は、認定調査を介護支援専門員に行わせる必要があるとする取扱いを見直すことや、令和3年4月から、更新認定において、直前の要介護度と同じ要介護度となった者の有効期間の上限を、現行の36ヶ月から48ヶ月にすること等を予定しています。

本件に関連した事項を含め、要介護認定について下記の通りQ & Aを作成いたしましたので、管内の市町村に周知をお願いします。

記

Q1 要介護認定の有効期間は介護認定審査会が個々の高齢者の状態等に応じて定めるものと承知しているが、要介護認定の更新にあたり要介護度が変わらない場合など一定の要件を定めた上で、何ヶ月の有効期間を基本とする等の基本的な考え方を予め定めておくことは差し支えないか。

A1 差し支えない。一方、策定に当たっては、介護認定審査会の意見を踏まえる必要があるとともに、要介護認定においては個々の高齢者の状態等を踏まえ判断することが重要であることから、指針の設定により、こうした判断を妨げることがないよう留意されたい。

Q2 48ヶ月まで有効期間の設定を可能にするとのことだが、具体的にどのような状態の者が対象となるのか。

A2 48ヶ月までの長期の有効期間とすることができる状態については、要介護認定においては個々の高齢者の状態等を踏まえ判断する必要があることから、具体的に提示することは困難である。

なお、現行の制度においては、別紙の通り、全国の更新認定の50%以上が最長の有効期間としている。

Q3 「令和2年4月からの要介護認定制度の改正案について」（令和2年2月3日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）において、指定市町村事務受託法人で認定調査を行える者として、「介護保険法施行規則第113条の2第一項及び第二項に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上の者」ということが示されたが、高齢者の診療を行う保険医療機関に看護師として従事していた経験がある場合も、介護に係る実務経験に含めて考えて差し支えないか。

A3 差し支えない。

Q4 平成11年9月17日の全国介護保険担当課長会議において、適用除外施設に入所している者（被保険者以外の者）の要介護認定申請については、退所して被保険者となる3ヶ月前から受け付けることが適当とされているが、退所後に速やかに介護サービスの利用が必要となるときに、3ヶ月では利用調整が困難な場合がある。適用除外施設から介護保険施設に入所する必要があるなど、早期に要介護認定を行う必要がある場合には、3ヶ月より前から認定申請を受け付けるなどの対応が認められないか。また、刑務所等矯正施設に入所している者に対し、同様の対応を行うことは認められるか。

A4 適用除外施設や刑務所等矯正施設に入所している者について、退所に当たって、退所後の介護サービスの利用調整を行う上で、早期に要介護認定を行う必要があると市町村が認める場合には、3ヶ月より前に要介護認定申請を受け付けることも差し支えない。

なお、施設等に入所している間に認定調査を行った場合、退所後の環境で生じる介護の手間は、認定調査時と変わることが想定されるため、有効期間を定める際には、その点も十分に勘案されたい。

Q5 厚生労働省が行っている「要介護認定適正化事業」では、「技術的助言事業」として、介護認定審査会の傍聴や傍聴後に意見交換等を行っているが、これも参考にした取組を、市町村内の合議体間や市町村間で実施することは、「介護認定審査会の運営について」（平成21年9月30日老発0930第6号）において介護認定審査会を原則非公開とすることの例外として捉えてよいか。

A5 差し支えない。なお、傍聴される市町村の介護認定審査会の承諾を得るとともに、傍聴を認めた場合であっても、介護認定審査会の審査判定が適切にされるよう配慮されたい。

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その3）

新型コロナウイルス感染症への対応に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて、問い合わせがあったことについて、下記のとおりとします。
については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

記

Q 1 令和2年3月10日に「新型コロナウイルス感染症への対応に伴う国民健康保険、後期高齢者医療制度及び介護保険関係事務の取扱いについて」が発出されたところであるが、転入してきた被保険者が、新型コロナウイルス感染症の影響により被保険者資格の取得から15日目以降に要介護認定又は要支援認定の申請があった場合、どのように運用すべきか。

A 1 今般の新型コロナウイルス感染症に関しては、その感染拡大を十分に防止することが求められていること等も踏まえ、やむを得ない理由により、被保険者資格の取得から15日目以降に要介護認定又は要支援認定の申請があった場合は、当該申請が14日以内にあったものとみなして取り扱って差し支えない。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木、小林
TEL 03-5253-1111（内線 3945）
FAX 03-3595-4010
電子メール roukenkanintei@mhlw.go.jp

老発 0331 第 2 号
令和 2 年 3 月 31 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

要介護認定等に係る申請等については、これまで本職通知「要介護認定等の実施について」（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、令和 2 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

(別添)

○ 要介護認定等の実施について(平成21年9月30日老発0930第5号)(抄)

(変更点は下線部)

現行	改正後
<p>1 (略)</p> <p>2 要介護認定に係る調査の実施者</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。</p> <p>(3) 略</p> <p>(4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2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。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。</p> <p>3～5 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 要介護認定に係る調査の実施者</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。<u>なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2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。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。</p> <p><u>介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。</u></p> <p><u>① 規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者</u></p> <p><u>② 認定調査に従事した経験が1年以上である者</u></p> <p>3～5 (略)</p>

(別添1-1)

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 申請年月日 平成 年 月 日 次のとおり申請します。

Form with fields for applicant details: 被保険者番号, 氏名, 住所, 電話番号, 前回の要介護認定の結果等, 過去6ヶ月間の介護保険給付, 要介護認定等への入居, 入居の有無.

提出代行者 section with fields for 名称, 住所, 電話番号.

主治医 section with fields for 主治医の氏名, 医療機関名, 所在地, 電話番号.

Second insured person section with fields for 医療保険者名, 医療保険被保険者証記号番号, 特定疾病名.

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、指定介護支援事業者、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

(別添1-1)

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 申請年月日 令和 年 月 日 次のとおり申請します。

Form with fields for applicant details: 被保険者番号, 氏名, 住所, 電話番号, 前回の要介護認定の結果等, 過去6ヶ月間の介護保険給付, 要介護認定等への入居, 入居の有無.

提出代行者 section with fields for 名称, 住所, 電話番号.

主治医 section with fields for 主治医の氏名, 医療機関名, 所在地, 電話番号.

Second insured person section with fields for 医療保険者名, 医療保険被保険者証記号番号, 特定疾病名.

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、指定介護支援事業者、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

(別添1-2)

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。 申請年月日 平成 年 月 日

被保険者番号, 個人番号, 氏名, 生年月日, 性別, 住所, 電話番号, 要介護状態区分, 要支援状態区分, 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

提出代行者 名称, 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, 医療保険被保険者証記号番号, 特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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

(別添1-2)

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。 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号, 個人番号, 氏名, 生年月日, 性別, 住所, 電話番号, 要介護状態区分, 要支援状態区分, 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

提出代行者 名称, 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, 医療保険被保険者証記号番号, 特定疾病名

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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

(別添1-3)

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。 申請年月日 平成 年 月 日

被保険者番号	個人番号
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
現在受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
有効期限	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在受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨

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	

(別添1-3)

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。 申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号	個人番号
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
現在受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
有効期限	平成・令和 年 月 日から 令和 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在受けているサービスの種類記載の消滅を求める旨

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	

(別添2)

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齢を出している等、通常の状態でない場合は調査を中止して下さい。

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）

Table with 2 columns: 実施日時 (年月日) and 実施場所 (自宅内・自宅外). Includes fields for name and affiliation.

II 調査対象者

Table with 4 columns: 過去の認定 (年月日), 前回認定結果, 非該当・要支援 (), 要介護 (). Includes fields for name, sex, birth date, residence, and family contact.

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。

Table for service usage with columns for service type and frequency (月, 週, 日). Lists various services like home care, nursing, and rehabilitation.

Table for facility usage with columns for facility type and frequency. Lists nursing homes, day care centers, and hospitals.

IV 調査対象者の家族状況、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。

Blank space for additional notes regarding family, environment, and equipment.

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項） (略)

(別添2)

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齢を出している等、通常の状態でない場合は調査を中止して下さい。

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）

Table with 2 columns: 実施日時 (年月日) and 実施場所 (自宅内・自宅外). Includes fields for name and affiliation.

II 調査対象者

Table with 4 columns: 過去の認定 (年月日), 前回認定結果, 非該当・要支援 (), 要介護 (). Includes fields for name, sex, birth date, residence, and family contact.

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。

Table for service usage with columns for service type and frequency (月, 週, 日). Lists various services like home care, nursing, and rehabilitation.

Table for facility usage with columns for facility type and frequency. Lists nursing homes, day care centers, and hospitals.

IV 調査対象者の家族状況、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。

Blank space for additional notes regarding family, environment, and equipment.

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項） (略)

(別添3)

主治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - 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等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)

2～5 (略)

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな) 明・大・昭 年 月 日生(歳)	男・女	〒 - 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等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	令和 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・令和 年 月 日頃)

2. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 年 月 日頃)

3. _____ 発症年月日 (昭和・平成・令和 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)

2～5 (略)

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 者	番 号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
	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)											
	異動予定日	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 [] [] [] [] [] []</p> <p>〇〇市（町村）長 [] 公印</p>												
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										
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)		割 ()										
介護認定審査会の意見												
備 考												

裏面に注意事項を記入

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 者	番 号	[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []										
	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)											
	異動予定日	令和	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>令和 年 月 日 [] [] [] [] [] []</p> <p>〇〇市（町村）長 [] 公印</p>												
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・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効										
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)		割 ()										
介護認定審査会の意見												
備 考												

裏面に注意事項を記入

事 務 連 絡
令和 2 年 4 月 7 日

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その 4）

「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて」（令和 2 年 2 月 18 日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）において、介護保険施設や病院等において、入所者等との面会を禁止する等の措置がとられることにより、当該施設等に入所している被保険者への認定調査が困難な場合、当該被保険者の要介護認定及び要支援認定の有効期間については、従来期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることをお示したところです。

今般、当該被保険者以外の全ての被保険者について、新型コロナウイルス感染症への感染拡大防止を図る観点から面会が困難な場合においては、要介護認定及び要支援認定の有効期間を、従来期間に新たに 12 ヶ月までの範囲内で市町村が定める期間を合算できることとします。

については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：鶴澤、島田
T E L 03-5253-1111（内線 3944, 3945）
F A X 03-3595-4010
電子メール roukenkanintei@mhlw.go.jp

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局総務課認知症施策推進室
介護保険計画課
高齢者支援課
振興課
老人保健課

令和2年7月3日からの大雨による災害に係る
介護報酬等の請求等の取扱いについて

令和2年7月3日からの大雨による災害に関する介護報酬等（介護予防・日常生活支援総合事業の第1号事業支給費を含む。）の請求等の事務については、下記のとおり取扱うこととするので、貴管内市町村、サービス事業者等への周知徹底を図るよう、よろしく願いしたい。

記

1 令和2年6月サービス提供分に係る介護報酬等の請求について

令和2年6月サービス提供分に係る介護報酬等の請求については、令和2年7月3日からの大雨による災害によりサービス提供記録等を滅失又は棄損した場合、あるいは令和2年7月3日からの大雨による災害発生直後における介護サービス提供内容については十分に把握することが困難である場合の対応として、下記の場合において概算請求を行うことができるものとする。

・ サービス提供記録等を滅失又は棄損した場合の概算による請求

今回の大雨による災害によりサービス提供記録等を滅失又は棄損した介護サービス事業所等については、令和2年6月サービス提供分について概算による請求を行うことができるものであること。

なお、この場合にあつて、同年7月以降のサービス提供分の請求方法については追って連絡する予定であること。

2 概算請求を行う場合の取扱いについて

(1) 概算による請求を選択する介護サービス事業所等については、やむを得ない事情がある場合を除き、令和2年7月15日までに概算による請求を選択する旨、事業所所在の国民健康保険団体連合会（以下「国保連」という。）に届け出ること。

また、提出期限の遅れたものについては、翌月以降に提出するものとする。

(2) 概算請求で支払われる介護報酬等の算出方法

原則として令和2年3月サービス提供分から令和2年5月サービス提供分までの介護報酬支払実績を用いて(当該介護サービス事業所等について特別の事情がある場合には、別途介護サービス事業所等と調整をする。)、下記により算出し、算出された結果にて支払を行うこととなるため、各介護サービス事業所等においては、別紙の様式により届け出るものとする。

・令和2年6月介護サービス提供分

$$\frac{\text{令和2年3月から5月までの
介護報酬等支払額}}{\quad\quad\quad} \times 30$$

92 (※)

※ 令和2年3月以降に新たに指定を受けて事業を開始した場合には、開始した日から令和2年5月31日までの合計日数。その場合、別紙にその旨の記載をすること。

(3) 上記に該当する介護サービス事業所等であって、災害救助法適用地域以外の区域に所在するものについては、罹災証明書又は罹災届出証明書を併せて各国保連に提出すること。

(4) この方法の対象となる請求の範囲については、公費負担医療に係るものについても含まれること。

(5) 介護報酬と第1号事業支給費は、分けて概算額が示されるものであること。

(6) この方法による請求を選択した介護サービス事業所等については、この方法による概算額を持って令和2年6月サービス提供分の介護報酬等支払額を確定するものであること。

(7) 概算請求が行われた介護報酬等に関する市町村等の支払については、介護サービス事業所ごとに、令和2年3月から令和2年5月までの各市町村等の当該介護サービス事業所に対する介護報酬等支払実績に基づき各国保連において按分する。

3 その他の通常の方法による請求を行う場合の取扱いについて

(1) 請求書の提出期限について

令和2年6月サービス提供分(7月提出分)に係る請求明細書の提出期限については、各審査支払機関に相談すること。

また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出するものとする。

(2) 居宅介護支援事業所等により給付管理票が提出されない場合の請求手段について

- ① 介護サービス事業所等（介護予防・日常生活支援総合事業の事業所にあつては、給付管理の対象となるサービスを行う事業所に限る。②及び③において同じ。）においては、居宅介護支援事業所等に対し、可能な限り、介護報酬等の請求に対応する給付管理票の提出有無について確認を行うこと。
- ② 介護サービス事業所等においては、上記①において給付管理票の提出の有無が確認できない被保険者の請求については、請求明細書欄外上部に赤色で給①と記載し、紙にて請求することとする。
- ③ 居宅介護支援事業所等においては、令和2年6月分の請求について、給付管理票の提出が行えない場合、可能な限り介護サービス事業所等へ提出できない旨の連絡を行うこと。

(別紙)

令和2年7月3日からの大雨による災害に係る概算による介護報酬請求に関する届出書
(令和2年6月介護サービス提供分)

事業所番号	
<p>令和2年7月3日からの大雨による災害に係る概算による介護報酬の請求を行いたいので、次のように届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>請求事業所等の 所在地及び名称 :</p> <p style="text-align: right;">開設者名・事業者名 : 印</p> <p>審査支払機関 殿</p>	
<p>【請求内容】</p> <p>サービス提供記録等が滅失又は棄損したため、6月1日から6月30日までのサービス提供分について概算により請求を行う。</p>	

老発 0717 第 1 号
令和 2 年 7 月 17 日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

令和二年七月三日からの大雨による災害に対処するための要介護認定有効期間
及び要支援認定有効期間の特例に関する省令の施行について

令和二年七月三日からの大雨による災害に対処するための要介護認定有効期
間及び要支援認定有効期間の特例に関する省令（令和 2 年厚生労働省令第 142
号。以下「特例省令」という。）が本日公布及び施行されたところである。

改正の主な内容は下記のとおりであるので、御了知の上、管内市町村、関係
者、関係団体等に対し、周知徹底を図られたい。

記

1 特例省令の内容

(1) 要介護認定有効期間及び要支援認定有効期間について（第 1 項関係）

令和二年七月三日からの大雨による災害に際し災害救助法（昭和 22 年法
律第 118 号）が適用された市町村の区域内に住所を有する被保険者に係る
要介護認定有効期間及び要支援認定有効期間については、従来の期間に新
たに 12 月間までの範囲内で市町村が定める期間を合算できること。

(2) 当該措置の対象について（第 2 項関係）

当該措置は、令和 2 年 7 月 3 日から令和 3 年 6 月 30 日までの間に第 1 項
の規定の適用がないとしたならば満了する要介護認定有効期間及び要支援
認定有効期間について適用すること。

2 施行期日

公布の日（令和 2 年 7 月 17 日）

各都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その5）

新型コロナウイルス感染症への対応に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて、問い合わせがあったことについて、下記のとおりとします。
については、本件事務連絡について、管内の市町村に周知をお願いします。

記

Q1 認定調査について、調査の事前準備のため、オンライン等による調査を組み合わせて実施することは可能か。

A1 実施することは差し支えない。

Q2 Q1が差し支えない場合、例えば、医療機関に入院している者の認定調査の事前準備のため、オンラインによる調査を実施しようとする場合に、

- ・ 認定調査に一定の知見を有する医師・看護師等が同席し、認定調査員の指示・指導の下、申請者の麻痺の状況を確認する等適切に関与することで、個別の認定調査項目の選択を適切に行うことができ、
- ・ 認定調査員が、再度の対面調査が不要であると判断する場合は、オンラインによる認定調査のみの実施で差し支えないか。

A2 差し支えない。

ただし、申請者が入院する医療機関の医師・看護師の関与を得て、オンラインのみにより認定調査を実施したこと等を特記事項に記載することにより、介護認定審査会で把握できるようにすることが必要である。また、介護認定審査会においては、これを踏まえ、認定調査項目の選択の確認を行う等「介護認定審査会運営要綱」等に基づき、適切に対応することが求められる。

なお、「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の取扱いについて」（令和2年4月27日厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）でお示ししているとおり、申請者等が認定調査員の訪問を懸念する場合は、認定調査等が利用者の状態に応じた必要な介護保険サービスを受けるために必要なものであることを十分に説明すること。その上でなお懸念を示す場合は、必要に応じ暫定ケアプランの活用が可能であることを申し添える。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：鶴澤、島田
TEL 03-5253-1111（内線 3945）
FAX 03-3595-4010
電子メール roukenkanintei@mh.lw.go.jp

老発 1225 第 3 号
令和 2 年 12 月 25 日

都道府県知事
各 指定都市市長 殿
中核市市長

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令
の一部を改正する省令」の公布等について

介護保険制度の運営につきましては、平素より種々ご尽力いただき、厚く御礼申し上げます。

押印を求める手続の見直し等のための厚生労働省関係省令の一部を改正する省令（令和 2 年厚生労働省令第 208 号。以下「改正省令」という。）については、本日公布され、同日施行されました。

このうち、当局所管の省令の改正の概要及び関連する文書の取扱いについては、下記の通りですので、貴職におかれましては、これを御了知いただくとともに、管内の市町村（特別区を含む。）をはじめ、関係者、関係団体等に対し周知をお願いいたします。

記

第 1 当局所管の省令の改正

1 改正の概要

規制改革実施計画（令和 2 年 7 月 17 日閣議決定）において、「原則として全ての見直し対象手続（※）について、恒久的な制度的対応として、年内に、規制改革推進会議が提示する基準に照らして順次、必要な検討を行い、法令、告示、通達等の改正やオンライン化を行う」こととされていること等を踏まえ、次に掲げる省令において、押印を求めている手続について、以下の改正を行う。

（※）所管する行政手続等のうち、法令又は慣行により、国民や事業者等に対して紙の書面の作成・提出等を求めているもの、押印を求めているもの、又は対面での手続を求めているもの。

（1）福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行規則（平成 5 年厚生省令第 43 号）（改正省令第 10 条第 4 号関係）

福祉用具の研究開発及び普及の促進に関する法律施行令（平成 5 年政令第 313 号）第 2 項の規定による認定の申請手続を行う場合に、申請書に記名押印を求めていたところ、押印を求めないこととする。

- (2) 介護保険法施行規則（平成 11 年厚生省令第 36 号）（改正省令第 96 条関係）
要介護認定又は要支援認定の申請手続を、指定居宅介護支援事業者等又は地域包括支援センターが代わって行う場合に、申請書に記名押印を求めていたところ、押印を求めないこととする。
- (3) 健康保険法等の一部を改正する法律附則第百三十条の二第一項の規定によりなおその効力を有するものとされた介護保険法施行規則（改正省令第 97 条関係）
(2) に準じた改正を行うこととする。

2 経過措置

- (1) 改正省令による改正前の様式（以下「旧様式」という。）により使用されている書類は、改正省令による改正後の様式によるものとみなすこととする。
- (2) 旧様式による用紙については、合理的に必要と認められる範囲内で、当分の間、例えば、手書きによる打ち消し線を引くなど、これを修正して使用することができることとする。

第2 当局関係通知等における押印の取扱い

今回の省令改正にあわせ、当職から発せられた主な通知については、以下のとおり改正する。

また、その他当職及び当局から発せられた通知等における行政手続の規定及び様式についても、改正省令による見直しに準じて、押印を不要とする変更等が行われたものとみなして取り扱うものとする。この場合において、変更の主な方法は、押印を求めることとしている規定を削り、また、様式中の「印」等の表記を削ることとする。また、当職及び当局から発せられた通知等における行政手続の規定及び様式について、第1の2の経過措置と同様の対応を行う。

なお、当局が発出する交付要綱等会計手続に関する押印廃止については、別途、それぞれの通知改正等により個別に通知する予定であることを申し添える。

- 1 介護老人保健施設の開設者について（平成 12 年 9 月 30 日老発第 621 号）の別記様式の一部改正
別紙 1のとおり改正する。
- 2 要介護認定等の実施について（平成 21 年 9 月 30 日老発 0930 第 5 号）の別添 1 - 1 及び 1 - 2 の一部改正
別紙 2のとおり改正する。
- 3 介護医療院を開設できる者について（平成 30 年 3 月 30 日老発 0330 第 14 号）の別記様式の一部改正

別紙3のとおり改正する。

- 4 社会保障審議会介護保険部会「介護分野の文書に係る負担軽減に関する専門委員会」
中間とりまとめを踏まえた対応について（令和2年3月6日老発0306第8号）の一部改
正

別紙4のとおり改正する。

第3 貴職が独自に定める様式等の取扱い

当局所管の法令に基づいて貴職が実施する手続のうち、関係法令や当職から発せられた通知に基づくものとは別に独自に定められている様式等において、国民や事業者等に押印等を求めている場合においては、「地方公共団体における押印見直しマニュアルの策定について」（令和2年12月18日付け規制改革・行政改革担当大臣通知。参考別紙。）及び本通知を参考として、押印の見直しへの積極的な取組を期されたい。

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。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	被保険者番号																			個人番号																					
	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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2																																	
			有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																																						
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名 []																																							
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ																																							
	「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																																								
有 ・ 無	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～年 月 日																													
		介護保険施設等の名称等・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																													
		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、介護医療院）																																
	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											医療保険被保険者証 記号番号						
特定疾病名																	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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。

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。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	被保険者番号								個人番号														
	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					要支援状態区分 1 2																
		有効期限		平成・令和	年	月	日から	令和	年	月	日												
除	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、介護医療院)																	
	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		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営の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、介護認定調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

347

各 都道府県介護保険担当主管部（局） 御中

厚生労働省老健局介護保険計画課
高齢者支援課
認知症施策・地域介護推進課
老人保健課

令和3年福島県沖を震源とする地震による災害に伴う被災者に係る
被保険者証の提示等について

標記災害の被災に伴い、福島県の一部地域において災害救助法（昭和22年法律第118号）が適用されました。当該地域の被保険者については、被保険者証及び負担割合証（以下「被保険者証等」という。）を消失あるいは家屋に残したまま避難していることにより、指定居宅サービス事業者、指定居宅介護支援事業者及び介護保険施設等に提示できない場合等も考えられることから、この場合においては、氏名・住所・生年月日・負担割合を申し立てることにより、被保険者証等を提示したときと同様のサービスを受けられる取扱いとします。

すなわち、被保険者証等の提示がなくとも、市町村が保険給付費相当額を指定居宅サービス事業者等へ直接支払うこと（代理受領方式による現物給付化）ができることとなります。

また、要介護認定（要支援認定を含む。以下同じ。）については、下記の取扱いとします。

- ・ 新規の要介護認定申請前にサービスを受けた被保険者に対しても、市町村の判断により特例居宅介護サービス費等を支給することができます。
- ・ 要介護認定及び要介護認定の更新等の申請を行う者が、上記の事情により、被保険者証の提示ができない場合においても、当該申請を受理することができる取扱いとします。
- ・ 既に要介護認定申請を行っている方に対して、認定審査会を開催できない等の事情により通常の要介護認定を行えない場合も、暫定ケアプランを用いたサービス提供を行うことができる取扱いとします。
- ・ 要介護認定の更新申請をすることができる方が要介護認定の有効期間の満了前に申請をすることができない場合についても、要介護認定の更新申請があったものと見なし引き続きサービス提供を行うことができる取扱いとします。

ついては、上記趣旨について御了知いただくとともに、管内市町村及び関係者等への周知徹底をお願いいたします。

※ 被災により被保険者証等を紛失・消失した被保険者に対しては、上記の取扱いについて周知するとともに、速やかに再交付申請を行うよう勧奨されますようお願いいたします。

令和2年度老人保健事業推進費等補助金
(老人保健健康増進等事業分)
介護認定審査会事務局の機能強化に関する調査研究事業
審査会事務局ハンドブック 別冊資料集

令和3(2021)年4月
みずほリサーチ&テクノロジーズ株式会社 社会政策コンサルティング部
住 所: 〒101-8443 東京都千代田区神田錦町2-3
電話番号: 03-5281-5404