

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

## 介 護 保 険 最 新 情 報

今回の内容

「要介護認定等の実施について」の一部改正について  
計 25 枚（本紙を除く）

Vol.1 4 3 9

令和7年11月20日

厚生労働省老健局老人保健課

【 貴関係諸団体に速やかに送信いただきますよう  
よろしく願いいたします。 】

連絡先 TEL：03-5253-1111(内線3944、3945)  
FAX：03-3595-4010

老 発 1120 第 2 号  
令和 7 年 11 月 20 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、「要介護認定等の実施について」  
(平成 21 年 9 月 30 日付老発 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、今般別添のとおり改正を行い、令和 8 年 4 月 1 日より適用することとしたので通知する。

なお、本通知の適用の際、現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができることとする。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村、広域連合、一部事務組合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 日付老発 0930 第 5 号）（抄）

（変更点は下線部）

| 改正後                 |                   | 現行                  |                   |
|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
|                     | 老 発 0930 第 5 号    |                     | 老 発 0930 第 5 号    |
|                     | 平 成 21 年 9 月 30 日 |                     | 平 成 21 年 9 月 30 日 |
|                     | 老 発 0330 第 9 号    |                     | 老 発 0330 第 9 号    |
| 一部改正                | 平 成 24 年 3 月 30 日 | 一部改正                | 平 成 24 年 3 月 30 日 |
|                     | 老 発 0331 第 1 号    |                     | 老 発 0331 第 1 号    |
| 一部改正                | 平 成 27 年 3 月 31 日 | 一部改正                | 平 成 27 年 3 月 31 日 |
|                     | 老 発 0929 第 7 号    |                     | 老 発 0929 第 7 号    |
| 一部改正                | 平 成 27 年 9 月 29 日 | 一部改正                | 平 成 27 年 9 月 29 日 |
|                     | 老 発 0323 第 2 号    |                     | 老 発 0323 第 2 号    |
| 一部改正                | 平 成 30 年 3 月 23 日 | 一部改正                | 平 成 30 年 3 月 23 日 |
|                     | 老 発 0925 第 2 号    |                     | 老 発 0925 第 2 号    |
| 一部改正                | 平 成 30 年 9 月 25 日 | 一部改正                | 平 成 30 年 9 月 25 日 |
|                     | 老 発 0331 第 2 号    |                     | 老 発 0331 第 2 号    |
| 一部改正                | 令 和 2 年 3 月 31 日  | 一部改正                | 令 和 2 年 3 月 31 日  |
|                     | 老 発 1225 第 3 号    |                     | 老 発 1225 第 3 号    |
| 一部改正                | 令 和 2 年 12 月 25 日 | 一部改正                | 令 和 2 年 12 月 25 日 |
|                     | 老 発 0401 第 20 号   |                     | 老 発 0401 第 20 号   |
| 一部改正                | 令 和 3 年 4 月 1 日   | 一部改正                | 令 和 3 年 4 月 1 日   |
|                     | 老 発 0311 第 1 号    |                     | 老 発 0311 第 1 号    |
| 一部改正                | 令 和 4 年 3 月 11 日  | 一部改正                | 令 和 4 年 3 月 11 日  |
|                     | 老 発 0401 第 9 号    |                     | 老 発 0401 第 9 号    |
| 一部改正                | 令 和 6 年 4 月 1 日   | 一部改正                | 令 和 6 年 4 月 1 日   |
|                     | 老 発 1202 第 6 号    |                     | 老 発 1202 第 6 号    |
| 一部改正                | 令 和 6 年 12 月 2 日  | 一部改正                | 令 和 6 年 12 月 2 日  |
|                     | 老 発 1120 第 2 号    |                     |                   |
| 一部改正                | 令 和 7 年 11 月 20 日 |                     |                   |
| 各都道府県知事 殿           |                   | 各都道府県知事 殿           |                   |
| 厚生労働省老健局長<br>（公印省略） |                   | 厚生労働省老健局長<br>（公印省略） |                   |

### 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 ～ 5 （略）

### 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 ～ 5 （略）

## (別添 1-1)

| 介護保険                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                  | 要介護認定・要支援認定<br>要介護更新認定・要支援更新認定 |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                |      |             |       | 申請書 |       |                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|--|----------------|------|-------------|-------|-----|-------|----------------|--|
| ○○市(町村)長 様<br>次のとおり申請します。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |                                |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                |      |             |       |     |       | 申請年月日 令和 年 月 日 |  |
| 被<br>保<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 介護保険<br>被保険者番号   |                                |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                | 個人番号 |             |       |     |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 医療<br>保険         | 保険者名                           |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                |      | 保険者番号       |       |     |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | 被保険者<br>記号・番号                  |                                | 記号                                                    |                                                                                       |  |  | 番号             |      |             |       | 枝番  |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 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<br>認定の結果等 |                                | *要介護・要<br>支援更新認定<br>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<br>他自治体から<br>転入した者のみ記入 |                                                       | 転出元自治体(市町村)名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はい」を選択してください) |  |  |                |      |             |       |     |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日           |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                |      |             |       |     |       |                |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>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 |      |             |       |     |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | 有 ・ 無                          |                                |                                                       |                                                                                       |  |  | 期間 年 月 日～年 月 日 |      |             |       |     |       |                |  |
| 提出<br>代行<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  | 名 称                            |                                | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業等、指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養施設) |                                                                                       |  |  |                |      |             |       |     |       |                |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  | 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |                                |                                |                                                       |                                                                                       |  |  |                |      |             |       |     |       |                |  |
| 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、主治医意見書、○○市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、○○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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で家族的に行う場合を含む。) 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<br>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。                                                                                                                                                                           |                  |                                        |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                      | 介護保険<br>被保険者番号   |                                        |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  | 個人番号 |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       | 医<br>療<br>保<br>険 | 保険者名                                   |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      | 保険者番号 |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       |                  | 被保険者<br>記号・番号                          |                                 | 記号                                                                          |                            |  |  | 番号 |  |  |      |          |      | 枝番    |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       | 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<br>認定の結果等 |                                        | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合<br>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 |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       |                  |                                        |                                 |                                                                             | 転出元自治体(市町村)名 [ ]           |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入居、入所の<br>有無                                                                                                                                          |                  | ※14日以内<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>入 |                                 | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(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                                                                                                                                                                                 |                  | 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                                                               |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                                                                                                                                                                                 |                  | 介護保険施設等の名称等・所在地                        |                                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       |                  |                                        |                                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       |                  |                                        |                                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                       |                  |                                        |                                 | 期間 年 月 日～ 年 月 日                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 提出代<br>行者                                                                                                                                                                             |                  | 名 称                                    |                                 | 該当に〇(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・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                                                                                                                                                         |                  |                                        |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 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・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 |                  |                                        |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |
| 本人氏名                                                                                                                                                                                  |                  |                                        |                                 |                                                                             |                            |  |  |    |  |  |      |          |      |       |             |  |  |  |  |  |  |

別添 1 - 2

(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

|                                           |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険<br>被保険者番号                            |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療<br>保険<br>被保険者<br>記号・番号                 | 保険者名                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 被保険者<br>記号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 枝番          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更申請の<br>理由                               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等<br>入院、入所の<br>有無 | 介護保険施設の名称等・所在地             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 介護保険施設の名称等・所在地             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 医療機関等の名称等・所在地              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 医療機関等の名称等・所在地              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                                     |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行者<br>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・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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、主治医意見書、〇〇市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

別添 1 - 2

(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

|                                           |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険<br>被保険者番号                            |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療<br>保険<br>被保険者<br>記号・番号                 | 保険者名                       |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 被保険者<br>記号                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 枝番          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更申請の<br>理由                               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等<br>入院、入所の<br>有無 | 介護保険施設の名称等・所在地             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 介護保険施設の名称等・所在地             |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 医療機関等の名称等・所在地              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                           | 医療機関等の名称等・所在地              |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有 ・ 無                                     |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|              |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------------|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行者<br>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・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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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 1－3～2 (略)

## 別添 3

(別添 3)

### 主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |   |   |
|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|
| 申請者                   | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 男・女     | 〒 | — |
|                       | 明・大・昭 年 月 日生( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |   |   |
| 上記の申請者に関する意見は以下の通りです。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 連絡先 ( ) |   |   |
| 医師氏名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 電話 ( )  |   |   |
| 医療機関名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FAX ( ) |   |   |
| 医療機関所在地               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |   |   |
| (1) 最終診察日             | 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<br>(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<br><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 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明<br>(「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<br>(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)                       |                         |

#### 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

|        |                                                                                                                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 処置内容   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 |
|        | <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養                            |
| 特別な対応  | <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置                                                                              |
| 失禁への対応 | <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)                                                                                                       |

#### 3. 心身の状態に関する意見

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 日常生活の自立度等について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |
| (2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ・短期記憶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                                                                                                                 |
| ・日常の意思決定を行うための認知能力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない                                                                                                                                 |
| ・自分の意思の伝達能力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない                                                                                                                          |
| (3) 認知症の行動・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 → { <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<br><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 ( 科) <input type="checkbox"/> 無]                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |

# 別添 1－3～2 (略)

## 別添 3

(別添 3)

### 主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

|                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |   |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---|---|
| 申請者                                                                                             | (ふりがな)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 男・女     | 〒 | — |
|                                                                                                 | 明・大・昭 年 月 日生( 歳)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |   |   |
| 上記の申請者に関する意見は以下の通りです。                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 連絡先 ( ) |   |   |
| 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                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 電話 ( )  |   |   |
| 医療機関名                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FAX ( ) |   |   |
| 医療機関所在地                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |   |   |
| (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<br>(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<br><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 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明<br>(「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<br>(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)                       |                         |

#### 2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

|        |                                                                                                                                                           |
|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 処置内容   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 |
|        | <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養                            |
| 特別な対応  | <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置                                                                              |
| 失禁への対応 | <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)                                                                                                       |

#### 3. 心身の状態に関する意見

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (1) 日常生活の自立度等について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                         |
| (2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                             |
| ・短期記憶                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                                                                                                                 |
| ・日常の意思決定を行うための認知能力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない                                                                                                                                 |
| ・自分の意思の伝達能力                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない                                                                                                                          |
| (3) 認知症の行動・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 → { <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<br><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 ( 科) <input type="checkbox"/> 無]                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                             |

(5) 身体の状態  
 利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=  kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)  
☐ 四肢欠損 (部位: )  
☐ 麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□その他 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 筋力の低下 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 関節の拘縮 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 関節の痛み (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左  
☐ 褥瘡 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ その他の皮膚疾患 (部位:  程度: □軽 □中 □重)

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない  
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助  
 現在の栄養状態 □良好 □不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 (  )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊  
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (  )  
 → 対処方針 (  )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導  
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導  
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス(  )  
☐ 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)  
☐ 血圧 (  ) ☐ 摂食 (  ) ☐ 嚥下 (  )  
☐ 移動 (  ) ☐ 運動 (  ) ☐ その他 (  )  
☐ 特記すべき項目なし

(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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。

別添4 (略)

(5) 身体の状態  
 利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=  kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)  
☐ 四肢欠損 (部位: )  
☐ 麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□その他 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 筋力の低下 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 関節の拘縮 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 関節の痛み (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ 失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左  
☐ 褥瘡 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
☐ その他の皮膚疾患 (部位:  程度: □軽 □中 □重)

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動  
 屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない  
 車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している  
 歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

(2) 栄養・食生活  
 食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助  
 現在の栄養状態 □良好 □不良  
 → 栄養・食生活上の留意点 (  )

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針  
☐ 尿失禁 ☐ 転倒・骨折 ☐ 移動能力の低下 ☐ 褥瘡 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり ☐ 意欲低下 ☐ 徘徊  
☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下機能低下 ☐ 脱水 ☐ 易感染性 ☐ がん等による疼痛 ☐ その他 (  )  
 → 対処方針 (  )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し  
☐ 期待できる ☐ 期待できない ☐ 不明

(5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)  
☐ 訪問診療 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問歯科診療 ☐ 訪問薬剤管理指導  
☐ 訪問リハビリテーション ☐ 短期入所療養介護 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 訪問栄養食事指導  
☐ 通所リハビリテーション ☐ 老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他の医療系サービス(  )  
☐ 特記すべき項目なし

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)  
☐ 血圧 (  ) ☐ 摂食 (  ) ☐ 嚥下 (  )  
☐ 移動 (  ) ☐ 運動 (  ) ☐ その他 (  )  
☐ 特記すべき項目なし

(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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。〔情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。〕

別添4 (略)

|      |                  |
|------|------------------|
|      | 老 発 0930 第 5 号   |
|      | 平成 21 年 9 月 30 日 |
|      | 老 発 0330 第 9 号   |
| 一部改正 | 平成 24 年 3 月 30 日 |
|      | 老 発 0331 第 1 号   |
| 一部改正 | 平成 27 年 3 月 31 日 |
|      | 老 発 0929 第 7 号   |
| 一部改正 | 平成 27 年 9 月 29 日 |
|      | 老 発 0323 第 2 号   |
| 一部改正 | 平成 30 年 3 月 23 日 |
|      | 老 発 0925 第 2 号   |
| 一部改正 | 平成 30 年 9 月 25 日 |
|      | 老 発 0331 第 2 号   |
| 一部改正 | 令和 2 年 3 月 31 日  |
|      | 老 発 1225 第 3 号   |
| 一部改正 | 令和 2 年 12 月 25 日 |
|      | 老 発 0401 第 20 号  |
| 一部改正 | 令和 3 年 4 月 1 日   |
|      | 老 発 0311 第 1 号   |
| 一部改正 | 令和 4 年 3 月 11 日  |
|      | 老 発 0401 第 9 号   |
| 一部改正 | 令和 6 年 4 月 1 日   |
|      | 老 発 1202 第 6 号   |
| 一部改正 | 令和 6 年 12 月 2 日  |
|      | 老 発 1120 第 2 号   |
| 一部改正 | 令和 7 年 11 月 20 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

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

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。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。

（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。

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。

- 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
- ② 認定調査に従事した経験が 1 年以上である者

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いない場合は、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。

申請年月日

令和

年

月

日

|                                                |                                                                    |                 |                                         |  |                   |  |    |  |  |  |          |    |       |   |             |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------------------------------|--|-------------------|--|----|--|--|--|----------|----|-------|---|-------------|---|---|----|-------|---|---|---|---|---|---|
| 被<br>保<br>者                                    | 介護保険<br>被保険者番号                                                     |                 |                                         |  |                   |  |    |  |  |  |          |    | 個人番号  |   |             |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                                                | 医<br>療<br>保<br>険                                                   | 保険者名            |                                         |  |                   |  |    |  |  |  |          |    | 保険者番号 |   |             |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                                                |                                                                    | 被保険者<br>記号・番号   | 記号                                      |  |                   |  | 番号 |  |  |  |          |    | 枝番    |   |             |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |
|                                                | 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<br>認定の結果等                                                   |                 | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合の<br>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<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>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。<br>（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 |    |       |   |             |   |   |    |       |   |   |   |   |   |   |
| 過去 6 月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>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 |   |
| 有 ・ 無                                          |                                                                    |                 |                                         |  |                   |  |    |  |  |  |          | 期間 |       | 年 |             | 月 |   | 日～ |       | 年 |   | 月 |   | 日 |   |

|                       |     |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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・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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、主治医意見書、〇〇市（町村）が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）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。 申請年月日 令和 年 月 日

|                  |                                             |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |   |  |    |  |    |  |   |  |   |  |
|------------------|---------------------------------------------|---------------|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|-------|--|---|--|----|--|----|--|---|--|---|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                              |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号        |  |       |  |   |  |    |  |    |  |   |  |   |  |
|                  | 医療<br>保険                                    | 保険者名          |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 保険者番号       |  |       |  |   |  |    |  |    |  |   |  |   |  |
|                  |                                             | 被保険者<br>記号・番号 | 記号                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 番号          |  |       |  |   |  |    |  | 枝番 |  |   |  |   |  |
|                  | 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<br>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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |   |  |    |  |    |  |   |  |   |  |
|                  | 変更申請の<br>理由                                 |               |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |             |  |       |  |   |  |    |  |    |  |   |  |   |  |
| 者                | 過去 6 月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等<br>入院、入所の<br>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<br>出<br>代<br>行<br>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・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

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、主治医意見書、〇〇市（町村）が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）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

令和

年

月

日

|                                                                        |                        |               |                            |  |  |  |  |  |    |  |       |      |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------|------------------------|---------------|----------------------------|--|--|--|--|--|----|--|-------|------|-------------|-------|----|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                       | 介護保険<br>被保険者番号         |               |                            |  |  |  |  |  |    |  |       | 個人番号 |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 医<br>療<br>保<br>険       | 保険者名          |                            |  |  |  |  |  |    |  | 保険者番号 |      |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        |                        | 被保険者<br>記号・番号 | 記号                         |  |  |  |  |  | 番号 |  |       |      |             |       | 枝番 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | フリガナ                   |               | -----                      |  |  |  |  |  |    |  |       |      | 生年月日        | 明・大・昭 |    | 年 | 月 | 日 |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 氏 名                    |               |                            |  |  |  |  |  |    |  |       |      | 性 別         | 男     |    | ・ | 女 |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 住 所                    |               | 〒<br><br>電話番号              |  |  |  |  |  |    |  |       |      |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                        | 現に受けてい<br>る要介護・要<br>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<br>けようとするサ<br>ービスの種類又<br>は現に受けてい<br>るサービスの種<br>類記載の消除を<br>求める旨 |                        |               |                            |  |  |  |  |  |    |  |       |      |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |
| 種 類 指 定<br><br>変 更 理 由                                                 |                        |               |                            |  |  |  |  |  |    |  |       |      |             |       |    |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |               |       |  |
|-------|--------|---------------|-------|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |               | 医療機関名 |  |
|       | 所 在 地  | 〒<br><br>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

|       |  |
|-------|--|
| 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  | 令和 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<br>(前回認定 年 月 日) | 前回認定結果 | 非該当・要支援（ ）・要介護<br>( ) |
| ふりがな       |                          | 性別     | 男・女                   |
| 対象者氏名      |                          | 生年月日   | 明治・大正・昭和<br>年 月 日     |
| 現住所        | 〒 -                      | 電 話    | - -                   |
| 家族等<br>連絡先 | 〒 -<br>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"/> 訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス                                 | 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"/> 通所介護(デイサービス)・通所型サービス                                 | 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(ショートステイ)                              | 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(療養ショート)                               | 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"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護     | 月 回   |
| <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護                                        | 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 [ ]                                   |     |                                               |       |

|                                                                                                                                                                                                                                       |  |          |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--|
| 施設等利用                                                                                                                                                                                                                                 |  |          |  |
| <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設                                                                                           |  |          |  |
| <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"/> 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"/> 養護老人ホーム※ <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム※ <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム※ <sup>1, 2</sup> <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅※ <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> その他の施設等 |  |          |  |
| 施設等連絡先                                                                                                                                                                                                                                |  |          |  |
| 施設等名 _____                                                                                                                                                                                                                            |  |          |  |
| 郵便番号 _____                                                                                                                                                                                                                            |  | 電話 _____ |  |
| 住所 _____                                                                                                                                                                                                                              |  |          |  |

※<sup>1</sup> 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。    ※<sup>2</sup> サービス付き高齢者向け住宅の登録を受けているものを除く。

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）、施設等における状況、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。

|                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※家族状況 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（夫婦のみ） <input type="checkbox"/> 同居（その他）（家族状況については、左のいずれかにチェックするとともに特記すべき事項を記載） |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

調査日 年 月 日

保険者番号

被保険者番号

## 認定調査票（基本調査）

1-1 麻痺等の有無について、あてはまる番号すべてに○印をつけてください。（複数回答可）

|       |        |        |        |        |               |
|-------|--------|--------|--------|--------|---------------|
| 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）<br>2. 約 1 m離れた視力確認表の図が見える<br>3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える<br>4. ほとんど見えない<br>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<br>2. 普通の声がやっと聞き取れる<br>3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる<br>4. ほとんど聞えない<br>5. 聞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

4-6 大声を出す事について、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

4-7 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 集団への不適応について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。**

|       |           |       |
|-------|-----------|-------|
| 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)**

|              |                                       |                   |            |                  |
|--------------|---------------------------------------|-------------------|------------|------------------|
| <u>処置内容</u>  | 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           |            |                  |
| <u>特別な対応</u> | 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・J 1・J 2・A 1・A 2・B 1・B 2・C 1・C 2 |
| 認知症高齢者の日常生活自立度       | 自立・I・II a・II b・III a・III b・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

( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----  
( )  
-----

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 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。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |     |
| 医師氏名                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 電話 ( )  |     |     |
| 医療機関名                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FAX ( ) |     |     |
| 医療機関所在地               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |         |     |     |
| (1) 最終診察日             | 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<br>(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<br><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 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明<br>(「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<br>(最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)                       |  |       |                   |  |

2. 特別な医療(過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

|        |                                                                              |                                  |                                |                                  |                               |
|--------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| 処置内容   | <input type="checkbox"/> 点滴の管理                                               | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養  | <input type="checkbox"/> 透析    | <input type="checkbox"/> ストーマの処置 | <input type="checkbox"/> 酸素療法 |
|        | <input type="checkbox"/> レスピレーター                                             | <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 | <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 | <input type="checkbox"/> 経管栄養    |                               |
| 特別な対応  | <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 |                                  |                                |                                  |                               |
| 失禁への対応 | <input type="checkbox"/> カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)                          |                                  |                                |                                  |                               |

3. 心身の状態に関する意見

|                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| (1) 日常生活の自立度等について                                                                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M                               |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| (2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)                                                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり                                                                                                                                                                                                                 |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| ・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない                                                                                                                                    |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |
| (3) 認知症の行動・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 | { <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 ( 科) <input type="checkbox"/> 無]                                                                                                                                                                                                             |                            |                                                                                                                                                                                                                |  |  |

#### (5) 身体の状態

利き腕 (□右 □左) 身長=  cm 体重=  kg (過去6ヶ月の体重の変化 □増加 □維持 □減少)  
□四肢欠損 (部位: )  
□麻痺 □右上肢 (程度: □軽 □中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□右下肢 (程度: □軽 □中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)  
□その他 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
□筋力の低下 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
□関節の拘縮 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
□関節の痛み (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左  
□褥瘡 (部位:  程度: □軽 □中 □重)  
□その他の皮膚疾患 (部位:  程度: □軽 □中 □重)

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

##### (1) 移動

屋外歩行 □自立 □介助があればしている □していない  
車いすの使用 □用いていない □主に自分で操作している □主に他人が操作している  
歩行補助具・装具の使用(複数選択可) □用いていない □屋外で使用 □屋内で使用

##### (2) 栄養・食生活

食事行為 □自立ないし何とか自分で食べられる □全面介助  
現在の栄養状態 □良好 □不良

→ 栄養・食生活上の留意点 (  )

##### (3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 □転倒・骨折 □移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり □意欲低下 □徘徊  
□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染性 □がん等による疼痛 □その他 (  )

→ 対処方針 (  )

##### (4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

##### (5) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

□訪問診療 □訪問看護 □訪問歯科診療 □訪問薬剤管理指導  
□訪問リハビリテーション □短期入所療養介護 □訪問歯科衛生指導 □訪問栄養食事指導  
□通所リハビリテーション □老人保健施設 □介護医療院 □その他の医療系サービス(  )  
□特記すべき項目なし

##### (6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項 (該当するものを選択するとともに、具体的に記載)

□血圧 (  ) □摂食 (  ) □嚥下 (  )  
□移動 (  ) □運動 (  ) □その他 (  )  
□特記すべき項目なし

##### (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見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。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。

介護保険受給資格証明書

|                                                                                                                            |                    |                           |  |       |  |     |  |     |  |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|---------------------------|--|-------|--|-----|--|-----|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                           | 番 号                | <div></div>               |  |       |  |     |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                            | フリガナ               |                           |  |       |  |     |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                            | 氏 名                |                           |  |       |  |     |  |     |  |  |  |
|                                                                                                                            | 生年月日               | 明・大・昭 年 月 日               |  |       |  |     |  | 男・女 |  |  |  |
|                                                                                                                            | 住 所<br><br>(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 <div></div></p> <p>〇 〇 市 （町 村） 長 <div>公 印</div></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<br>(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