

## 要介護認定モデル事業（第二次）

### 主治医意見書記載の手引き等に係る変更の要点（案）

- 要介護認定モデル事業については、平成17年6月下旬から7月にかけて、47都道府県、65市区町村を対象にモデル事業（第一次）を実施したところであるが、モデル事業（第一次）の一次判定および二次判定結果、アンケート調査に記載された意見等を踏まえ、主治医意見書様式、手引きについて以下のとおりの変更を検討中である。

#### 1. 傷病に関する意見

- ・「(2) 症状としての安定性」について、「不安定」を選択した際の具体的な状況を記載できるよう、様式に記載欄を追加した。また、「不安定」、「安定」、「不明」の各項目を選択する際の考え方を手引きに追加した。（ゴシック体部分を追加）

#### (2) 症状としての安定性

上記（1）で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症状」の安定性について、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を記載してください。記載欄が不足する場合は「(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記載してください。

現在の全身状態から急激な変化が見込まれない場合は「安定」を選択してください。不明の場合は「不明」を選択してください。

なお、症状には日内変動や日差変動があるため、介護者からの情報にも留意してください。

## 2. 特別な医療

- ・ 変更なし

## 3. 心身の状態に関する意見

- ・ 「(3)認知症の周辺症状」、「(4)その他の精神・神経症状」、「(5)心身の状態」について、選択項目の位置を変更した。
- ・ 「(2)認知症の中核症状」、「(3)認知症の周辺症状」について、認知症以外の疾患で同様の症状を認める際にも項目を選択できるよう、様式、手引きに記載を追加した。(ゴシック体部分を追加)

### (2) 認知症の中核症状

申請者に認められる認知症の中核症状の有無について、以下に記載されている判定基準に基づき、該当する口にレ印をつけてください。なお、認知症の中核症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印をつけてください。

〔「(3)認知症の周辺症状」にも同様の記載を追加〕

- ・ 「(5)心身の状態」について、特に「麻痺」の項目の考え方について手引きに記載を追加した。(ゴシック体部分を追加)

### 麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、(中略)あてはまる程度の口にレ印をつけてください。

なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、日常生活に影響があるかどうかで判断することとしており、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

#### 4. 生活機能とサービスに関する意見

- ・ 「(2)栄養・食生活」について、項目を見直し、「食事行為」、「現在の栄養状態」の2項目とした。また、自由記載欄について、「改善に向けた留意点」を「栄養・食生活上の留意点」とした。
- ・ 「(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」について、介護保険サービスやその他の高齢者に対するサービスの利用による生活機能の変化の見込みを選択できるよう、「サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し」とした。また、選択肢も変更した。
- ・ 「(4)介護の必要の程度に関する予後の見通し」の「改善への寄与が期待できるサービス」については、記載にあたっての考え方にばらつきが大きく、項目を削除した。
- ・ 「(5)医学的管理の必要性」について、必要な医療系サービスを記載できるよう、「その他」の項目を「その他の医療系サービス」とした。
- ・ 「(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項」の「運動」については、運動時のリスクの高い者について詳細な記載が得られるよう、手引きに記載を追加した。(ゴシック体部分を追加)

#### 運動

運動負荷を伴うサービスの提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。特に運動負荷を伴うサービス提供について、医学的観点からリスクが高いと判断される場合には、その状態を具体的に記載してください。

- ・ 「(7)感染症の有無」について、選択項目の位置を変更した。

#### 5. 特記すべき事項

- ・ 変更なし

モデル事業（第二次）様式（案）

治医意見書

記入日 平成 年 月 日

請者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・昭 年 月 日生(歳)	女	連絡先 ( )
記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
師氏名		電話 ( )	
療機関名		FAX ( )	
療機関所在地			
1) 最終診察日	平成 年 月 日		
2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

傷病に関する意見

1) 診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入）及び発症年月日

1. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2) 症状としての安定性 安定 不安定 不明  
 (不安定)とした場合、具体的な状況を記入)

3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容  
 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療（過去14日間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) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

・認知症高齢者の日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M

(2) 認知症の中核症状(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 問題なし 問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力 自立 いくらか困難 見守りが必要 判断できない

・自分の意思の伝達能力 伝えられる いくらか困難 具体的要求に限られる 伝えられない

(3) 認知症の周辺症状(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

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

(4) その他の精神・神経症状

(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 自立し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高い状態とその対処方針

尿失禁 転倒・骨折 移動能力の低下 褥瘡 心肺機能の低下 閉じこもり 意欲低下 徘徊

低栄養 摂食・嚥下機能低下 脱水 易感染性 がん等による疼痛 その他 ( )

→ 対処方針 ( )

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

期待できる 期待できない 不明

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

訪問診療 訪問看護 訪問歯科診療 訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション 短期入所療養介護 訪問歯科衛生指導 訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション その他の医療系サービス ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 特になし あり( ) ・移動 特になし あり( )

・摂食 特になし あり( ) ・運動 特になし あり( )

・嚥下 特になし あり( ) ・その他 ( )

(7) 感染症の有無(有の場合は具体的に記入して下さい)

無 有 ( ) 不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

モデル事業（第一次）様式

治医意見書

記入日 平成 年 月 日

1 講者	(ふりがな)	男	〒
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)	女	連絡先 ( )
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。			
① 治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに <input type="checkbox"/> 同意する。 <input type="checkbox"/> 同意しない。			
② 師氏名		電話 ( )	
③ 療機関名		FAX ( )	
④ 療機関所在地			
1) 最終診察日	平成 年 月 日		
2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上		
3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )		

2. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日

1.	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
2.	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)
3.	発症年月日	(昭和・平成 年 月 日頃)

(2) 症状としての安定性  安定  不安定  不明

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの及び特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	<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"/> レスビレーター	<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)  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2

・認知症高齢者の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

(2) 認知症の中核症状

・短期記憶  問題なし  問題あり

・日常の意思決定を行うための認知能力  自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない

・自分の意思の伝達能力  伝えられる  いくらか困難  具体的要求に限られる  伝えられない

(3) 認知症の周辺症状 (該当する項目全てにチェック)

有 →  幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊

無 →  火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  その他 ( )

(4) その他の精神・神経症状

有 [症状名: ] 専門医受診の有無  有 ( )  無  無

(5) 身体の状態

利き腕 ( 右  左) 身長 =  cm 体重 =  kg (過去6ヶ月の体重の変化  増加  維持  減少)

四肢欠損 (部位: )

麻痺  左上肢 (程度:  軽  中  重)  右上肢 (程度:  軽  中  重)

左下肢 (程度:  軽  中  重)  右下肢 (程度:  軽  中  重)

その他 (部位: 程度:  軽  中  重)

筋力の低下 (部位: 程度:  軽  中  重)

関節の拘縮 (部位: 程度:  軽  中  重)

関節の痛み (部位: 程度:  軽  中  重)

失調・不随意運動 ・上肢  右  左 ・下肢  右  左 ・体幹  右  左

褥瘡 (部位: 程度:  軽  中  重)

その他の皮膚疾患 (部位: 程度:  軽  中  重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行  自立  介助があればしている  していない

車いすの使用  用いていない  主に自分で操作している  主に他人が操作している

歩行補助具・装具の使用(複数選択可)  用いていない  屋外で使用  屋内で使用

(2) 栄養・食生活

食事行為  自立なしし何とか自分で食べられる  全面介助

一日の食事摂取量  良好  不良→改善に向けた留意点 ( )

食欲  良好  不良→改善に向けた留意点 ( )

現在の栄養状態  良好  不良→改善に向けた留意点 ( )

(3) 現在あるかまたは今後発生の高い状態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  移動能力の低下  褥瘡  心肺機能の低下  閉じこもり  意欲低下  徘徊

低栄養  摂食・嚥下機能低下  脱水  易感染性  がん等による疼痛  その他 ( )

→ 対処方針 ( )

(4) 介護の必要の程度に関する予後の見通し  改善  不変  悪化  不明

改善への寄与が期待できるサービス → ( )

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

訪問診療  訪問看護  訪問歯科診療  訪問薬剤管理指導

訪問リハビリテーション  短期入所療養介護  訪問歯科衛生指導  訪問栄養食事指導

通所リハビリテーション  その他 ( )

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧  特になし  あり ( ) ・移動  特になし  あり ( )

・摂食  特になし  あり ( ) ・運動  特になし  あり ( )

・嚥下  特になし  あり ( ) ・その他 ( )

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 ( )  無  不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

参考

現行

治医意見書

記入日 平成 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男 女	〒
	明・大・昭 年 月 日生( 歳)		

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。  
 ※意見書が介護サービス計画作成に利用されることに  同意する。  同意しない。

医師氏名 \_\_\_\_\_  
 療機関名 \_\_\_\_\_ 電話 ( ) \_\_\_\_\_  
 療機関所在地 \_\_\_\_\_ FAX ( ) \_\_\_\_\_

1) 最終診察日	平成 年 月 日
2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合) → <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他 ( )

1. 診断名 (特定疾病または障害の直接の原因となっている傷病名については1. に記入) 及び発症年月日

1. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
2. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)
3. _____	発症年月日 (昭和・平成 年 月 日頃)

2) 症状としての安定性  安定  不安定  不明

3) 介護の必要の程度に関する予後の見通し  改善  不変  悪化

4) 障害の直接の原因となっている傷病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近6ヶ月以内に变化のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

- 障害老人の日常生活自立度 (寝たきり度)  自立  J1  J2  A1  A2  B1  B2  C1  C2
- 痴呆性老人の日常生活自立度  自立  I  IIa  IIb  IIIa  IIIb  IV  M

(2) 理解および記憶

- 短期記憶  問題なし  問題あり
- 日常の意思決定を行うための認知能力  自立  いくらか困難  見守りが必要  判断できない
- 自分の意思の伝達能力  伝えられる  いくらか困難  具体的要求に限られる  伝えられない
- 食事  自立ないし何とか自分で食べられる  全面介助

(3) 問題行動の有無 (該当する項目全てチェック)

有  無

(有の場合) →  幻視・幻聴  妄想  昼夜逆転  暴言  暴行  介護への抵抗  徘徊

火の不始末  不潔行為  異食行動  性的問題行動  その他 ( )

(4) 精神・神経症状の有無

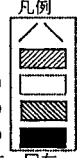
有 (症状名 \_\_\_\_\_)  無

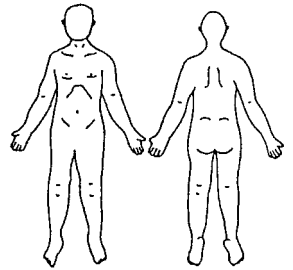
(有の場合) → 専門医受診の有無  有 ( )  無

(5) 身体の状態

利き腕 ( 右  左) 体重 = \_\_\_\_\_ kg 身長 = \_\_\_\_\_ cm

<input type="checkbox"/> 四肢欠損	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 麻痺	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 筋力の低下	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 褥瘡	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> その他皮膚疾患	(部位: _____ 程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重)
<input type="checkbox"/> 関節の拘縮	・肩関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・股関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・肘関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・膝関節 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<input type="checkbox"/> 失調・不随意運動	・上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・体幹 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ・下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左

凡例 



4. 介護に関する意見

(1) 現在、発生の可能性が高い病態とその対処方針

尿失禁  転倒・骨折  徘徊  褥瘡  嚥下性肺炎  腸閉塞  易感染性

心肺機能の低下  痛み  脱水  その他 ( )

→ 対処方針 ( )

(2) 医学的管理の必要性 (特に必要性の高いものには下線を引いて下さい)

訪問診療  短期入所療養介護  訪問栄養食事指導

訪問看護  訪問歯科診療  その他 ( )

訪問リハビリテーション  訪問歯科衛生指導

通所リハビリテーション  訪問薬剤管理指導

(3) 介護サービス (入浴サービス、訪問介護等) における医学的観点からの留意事項

- ・血圧について  特になし  あり ( )
- ・嚥下について  特になし  あり ( )
- ・摂食について  特になし  あり ( )
- ・移動について  特になし  あり ( )
- ・その他 ( )

(4) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

有 ( )  無  不明

5. その他特記すべき事項

要介護認定に必要な医学的なご意見等をご記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

## 要介護認定モデル事業（第二次）

### 介護認定審査会の手引きに係る変更の要点（案）

要介護認定モデル事業については、平成17年6月下旬から7月にかけて、47都道府県、65市町村を対象にモデル事業（第一次）を実施したところであるが、モデル事業（第一次）の一次判定及び二次判定結果、アンケート調査に記載された意見等を踏まえ、介護認定審査会の手引きについて以下のとおりの変更を検討中である。

#### I. 介護保険制度見直しの概要

- 「1. 新予防給付について」の記載内容を変更し、新予防給付の考え方及びサービス内容についての記載を充実した。

#### 1. 新予防給付について

- 疾病や廃用による下肢機能等の低下、活動や参加を阻害する生活環境等を誘因として生活機能が低下している者に対して、比較的軽度の要介護状態のときに活動や参加に主眼を置いた適切なサービスを提供することにより、要介護状態の改善又は悪化の予防を図ることが介護予防の基本です。
- 「介護保険法等の一部を改正する法律」が平成17年の通常国会で可決成立し、介護保険法の基本理念である「自立支援」をより徹底する観点から、介護保険制度を予防重視型のシステムに転換し、①要支援状態、要介護状態となることの予防や、②要介護状態等の軽減又は悪化の防止（以下、「介護予防」という。）につながるサービスの提供が検討されています。
- この中では、現行の要支援、要介護1といった軽度者に対する保険給付について、現行の「予防給付」の対象者の範囲、サービス内容、ケアマネジメント体制を見直した「新予防給付」が創設されることとなりました。
- 新予防給付においては、次ページの表に記載されているとおり、介護予防を目的とした16のサービスを提供することとしています。

○新予防給付のサービス提供に当たっては、利用者の状態像の特性を踏まえ、「本人のできることはできる限り本人が行う」ことを基本としつつ、

- ①生活機能の低下の危険性を早期に発見し、短期集中的な対応を行うこと
- ②サービス提供は必要なときに比較的短期間に限定して計画的に行うこと
- ③利用者の個別性を重視した効果的なプログラムを用意すること
- ④改善後の状態維持に努めること

が重要であると考えており、要介護認定のほか、ケアマネジメントやサービス提供のあり方についても現在検討されています。

#### 現行の予防給付の対象サービス

○居宅サービス  
訪問介護  
訪問入浴介護  
訪問看護  
訪問リハビリテーション  
居宅療養管理指導  
通所介護  
通所リハビリテーション  
短期入所生活介護  
短期入所療養介護  
特定施設入居者生活介護  
福祉用具貸与

○居宅介護支援

#### 改正後の予防給付の対象サービス

○介護予防サービス  
介護予防訪問介護  
介護予防訪問入浴介護  
介護予防訪問看護  
介護予防訪問リハビリテーション  
介護予防居宅療養管理指導  
介護予防通所介護  
介護予防通所リハビリテーション  
介護予防短期入所生活介護  
介護予防短期入所療養介護  
介護予防特定施設入居者生活介護  
介護予防福祉用具貸与  
特定介護予防福祉用具販売

○地域密着型介護予防サービス  
介護予防認知症対応型通所介護  
介護予防小規模多機能型居宅介護  
介護予防認知症対応型共同生活介護

○介護予防支援

※介護予防サービスのうち、主として通所系サービスでは、新たに「運動器の機能向上」、「栄養改善」、「口腔機能の向上」について、そのサービス要素として導入することが検討されています。



- 「2. 新予防給付の考え方」のうち、新予防給付の適切な利用が見込まれない状態像の説明部分について、具体的な状態像が明らかとなるよう、「①疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」の考え方の記載を追加した。

① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態

- 脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期で病状が不安定な状態にあり、医療系サービス等の利用を優先すべきもの
- 末期の悪性腫瘍や進行性疾患（神経難病等）により、急速に状態の不可逆的な悪化が見込まれるもの 等

- ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介護状態等の再評価が必要な状態が該当します。
- ・ したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、又、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しません。
- ・ さらに、これらの状態の判断は、運動器の機能向上のためのサービスの可否といった、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、心身の状態が短期間に変動し易いため特定の要介護状態区分への判定がかなり困難で、比較的短期間（概ね6か月程度）での再評価が必要とならざるを得ないような事例が該当します。
- ・ なお、個別サービスの適否の判断および、具体的なサービス計画の作成については、介護認定審査会で一律に行うものではなく、対象者の心身の状況に加え、家族の状況等の周辺環境を踏まえ、対象者の希望に基づき、ケアマネジメントにおいて実施することとなります。

- また、「②認知機能や思考・感情の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態」についても、同様にその考え方の記載を追加した。

- ② 認知機能や思考・感情等の障害により、十分な説明を行ってもなお、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定の介護が必要な程度の認知症があるもの。

- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、新予防給付の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

- ・ アルツハイマー病や血管性認知症といった病名のみから判断するものではなく、特記事項、主治医意見書の記載内容から「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上である者を対象とします。
- ・ 特定の認定調査項目の結果のみに着目し、その結果をもって判定するものではありません。特記事項、主治医意見書の記載内容から総合的に判定してください。
- ・ 認知症症状が一時的に現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容などから、適切な医学的管理により認知機能が改善すると判断される場合には、その状態に基づいて判定します。

## Ⅱ. 認定調査項目と主治医意見書の見直しについて

- 認定調査項目及び主治医意見書についてもモデル事業（第1次）の結果を踏まえた見直しを行っており、主な変更内容について記載した。（別紙、「要介護認定モデル事業（第二次）認定調査の追加項目に係る変更の要点（案）」、「モデル事業（第一次）からの主治医意見書様式、手引きの変更について（案）」を参照）

### Ⅲ. 審査判定の流れ

- 「1. 基本的な考え方」、「2. 介護認定審査会の運営」部分については、変更なし。
- 「3. 介護認定審査会における状態の維持・改善可能性に係る審査判定」部分については、以下の変更を行った。また、審査判定の図についても変更した。

#### i) 認知症高齢者の日常生活自立度の確定

- ・ 「認知症高齢者の日常生活自立度」の確定に当たっての考え方の記載を充実した。

○ 認定調査票および主治医意見書に記載された「認知症高齢者の日常生活自立度」について、特記事項や主治医意見書の記載を総合的に勘案し、認知症自立度を確定します。何らかの認知症の症状を有するが、日常生活はほぼ自立している場合は、「自立またはⅠ」とします。なお、認知症自立度の確定は、主治医意見書に記載された傷病名や特定の基本調査項目の結果のみに着目し、一律に判断するものではありません。

- ・ 「認知症高齢者の日常生活自立度」について、「Ⅱ以上」と確定した事例についても「要支援2」と考えられる状態像についての記載を追加した。

○ 「Ⅱ以上Mまで」と確定した場合は、原則として「要介護1」と判定します。ただし、認知症症状が現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容から、適切な医学的管理により認知機能の維持・改善が見込まれ、新予防給付の利用に係る適切な理解が可能と考えられる場合は「要支援2」と判定します。

#### ii) 給付区分の吟味

- ・ 「状態の安定性」の吟味について、「①疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」の考え方と同様の記載を追加した。

# 介護の手間にかかる審査において「要介護1相当」とされたものが対象



## <資料>

- 介護認定審査会資料、「5. 認知症の自立度・廃用の程度の評価」
- 主治医意見書
- 特記事項(特に「歩行」「移動」に係る部分)

## 1. 介護認定審査会資料における参考指標等の確認

### i) 認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査と主治医意見書の  
認知症高齢者の日常生活自立度を確認

一方が「自立もしくはI」で、他方が「II以上Mまで」と、  
互いに結果が異なる場合

### ii) 「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」

認知症自立度がともに「II以上Mまで」の場合

『認知症高齢者の日常生活自立度』の蓋然性評価が「C」または「D」の場合

『蓋然性評価』が「A」もしくは「B」、または  
認知症自立度がともに「自立またはI」の場合

『「認知症高齢者の日常生活自立度」の蓋然性評価』の「A」  
から「D」のいずれかに「○」が提示されている。

「介護給付相当」と提示されます。

廃用の程度に関する項目の結果の組み合わせから、廃用の程度を推計し、「介護給付相当」か「予防給付相当」かのいずれかが提示されます。

## 2. 「認知機能・廃用の程度から推定される給付区分」の検証

### i) 認知症高齢者の日常生活自立度の確定

- ・ 主治医意見書
- ・ 特記事項

の記載内容から総合的に自立度を確定します。

自立またはI

II以上Mまで

### ii) 推定給付区分の吟味

#### ① 「予防給付相当」と提示されている場合

→ 「状態の安定性」を吟味

- ・ 主治医意見書のうち、「傷病に関する意見」
- ・ 特記事項  
等の記載内容から検証。

原則「要介護1」と判定

適切な医学的管理により認知機能の維持・改善が見込まれる場合は、「要支援2」と判定。

疾病や外傷等により、心身の状態※が安定していない場合は「要介護1」と判定します。

※ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するのではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短くし（概ね6か月程度）、要介護状態等の再認定が必要な状態をいいます。

※したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、又、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しません。

#### ② 「介護給付相当」と提示の場合→「廃用の程度」を吟味

- ・ 主治医意見書のうち、「生活機能とサービスに関する意見」
- ・ 廃用の程度に関する項目等の特記事項  
等の記載内容から検証。

廃用の程度が比較的軽度で、新予防給付の利用が適切であると見込まれる状態像の場合は「要支援2」と判定します。

(図) 改善可能性に係る審査判定について (案)

#### IV. 介護認定審査会資料について

- 「2. コンピュータによる給付区分の提示について」の「認知症自立度評価ロジック」、「認定調査結果に基づく廃用の程度の提示」については変更なし。