

認定調査員・介護認定審査会委員 研修テキスト



令和7年7月発行
横浜市健康福祉局介護保険課

目 次

認定調査員・介護認定審査会委員 研修テキスト

- 1 要介護認定のしくみ（神奈川県作成）----- 1
- 2 要介護認定における一次判定のプロセス
（神奈川県作成）----- 9
- 3 介護認定審査会委員テキスト2009改訂版
（令和3年4月）（厚生労働省作成）----- 15
- 4 認定関係省令、告示、通知等----- 85
 - (1) 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基
準等に関する省令
（平成18年3月14日 厚生労働省令第32号）----- 87
 - (2) 要介護認定等基準時間の推計の方法
（平成21年3月31日 厚生労働省告示第189号）----- 92
 - (3) 要介護認定等の実施について
（令和6年12月2日 老発1202第6号）----- 93
 - (4) 「介護認定審査会の運営について」の一部改正について
（平成30年3月23日 老発0323第1号）----- 111

- (5) 要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医
意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」に
ついて
(令和3年8月16日 老老発0816第1号) ----- 147
- (6) 末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について
(平成22年4月30日 事務連絡)(厚生労働省) ----- 205
- (7) 末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について
(平成22年10月25日 事務連絡)(厚生労働省) ----- 208
- (8) 末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について
(平成23年10月18日 事務連絡)(厚生労働省) ----- 210
- (9) がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の
記載等について
(平成31年2月19日 事務連絡)(厚生労働省) ----- 214
- (10) がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について
(令和6年5月31日 事務連絡)(厚生労働省) ----- 216
- 5 審査請求のしくみ(神奈川県作成) ----- 227
- 6 介護認定審査会委員(補助)テキスト(令和7年7月)
(横浜市作成) ----- 237

1 要介護認定のしくみ

1 要介護認定とは

- 介護保険制度は、加齢などにより介護を要する状態になっても、高齢者の選択により、できる限り自立した日常生活を送ることができるように、必要な介護サービスを総合的かつ一体的に提供するしくみです。
- この要介護状態や要支援状態にあるかどうか、要介護状態にあるとすれば、どの程度かの判定を行うのが要介護認定であり、保険者である市町村に設置される要介護認定審査会で判定されます。
- 要介護認定は介護サービスの給付額に結びつくことから、その基準については全国一律に客観的に定めています。
- 介護サービスの必要度（どれ位、介護サービスを行う必要があるか）の判定は、客観的で公平な判定を行うため、コンピュータによる一次判定と、それを原案として保健医療福祉に関する学識経験者が行う二次判定の二段階で行います。

■要介護認定基準について

要介護認定は、「介護の手間」を表す「ものさし」としての時間である「要介護認定基準時間」を下記基準にあてはめて実施するもので、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準に関する省令（平成11年厚生省令第58号）」として定められています。

【要介護認定等基準時間の分類】

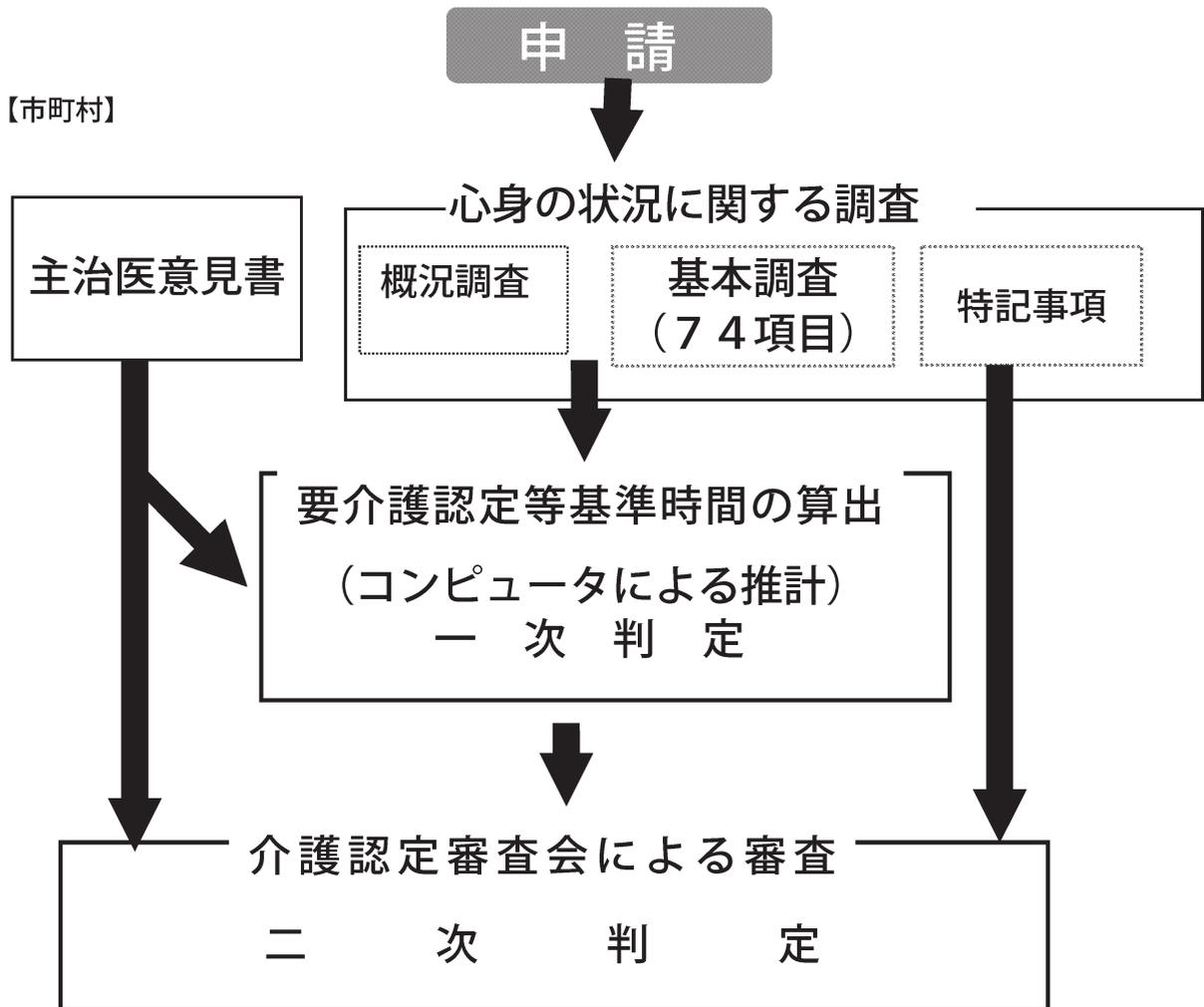
直接生活介助	入浴、排せつ、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
問題行動関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助等

【要介護等認定基準】

要支援1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要支援2	要支援状態のうち、要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護1	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態※
要介護2	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護3	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護4	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護5	要介護認定等基準時間が110分以上である状態又はこれに相当すると認められる状態

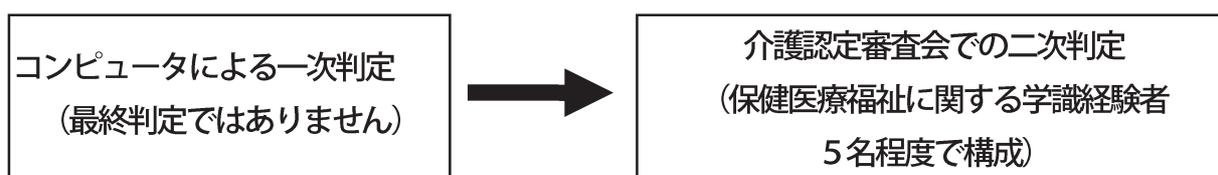
要介護認定の流れ

○介護認定審査会は、保健・医療・福祉の学識経験者より構成され、高齢者の心身の状況調査に基づくコンピュータ判定の結果（一次判定）と主治医の意見書等に基づき審査判定を行います。



3 要介護認定はどのように行われるか

- 介護保険制度では、要介護認定の審査判定は、「介護の手間に係る審査判定」と「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」の2つに分けることができます。
 - 「介護の手間に係る審査判定」では、介護サービスがどのくらい必要であるか、すなわち介護の手間を客観的に判断するものです。従って、その方の病気の重さや「介護が大変そうだ。」などのような主観により決めるものではありません。
- [例] 認知症の進行に伴って、問題行動がおこることがあります。例えば、アルツハイマー病の方で、身体の状況が比較的良好であった場合、徘徊をはじめとする問題行動のために介護に要する手間が非常に多くかかることがあります。しかし、身体的な問題が発生して寝たきりである方に認知症の症状が加わった場合、病状としては進行していますが、徘徊等の問題行動は発生しないため、介護の総量としては大きく増えないことが考えられます。
- 「介護の手間に係る審査判定」において「要介護認定等基準時間が32分以上50分未満に相当」と判定された者については、「認知機能の低下の評価」や「状態の安定性の評価」に基づき状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い「要介護1」又は「要支援2」と判定を行います。
 - 要介護認定の審査判定は、客観的で公平な判定を行うため、コンピュータによる一次判定と、それを原案として保健医療福祉の学識経験者が行う二次判定の二段階で行います。



(1) コンピュータによる一次判定

- コンピュータによる一次判定は、その方の訪問調査の結果を基に、約4,000人に対する「1分間タイムスタディ・データ」から推計します。

要介護度判定は「どれ位、介護サービスを行う必要があるか」を判断するものですから、これを正確に行うために約3,400人を対象に実施された介護実態調査がもとになっています。(この結果を「1分間タイムスタディ・データ」と呼んでいます。)。このデータを基に、それぞれの対象者の訪問調査の結果を入力すれば、その方に対して行われると思われる介護に要する時間(要介護認定等基準時間)を推計できるようにしたものが、一次判定で用いられるコンピュータシステムです。

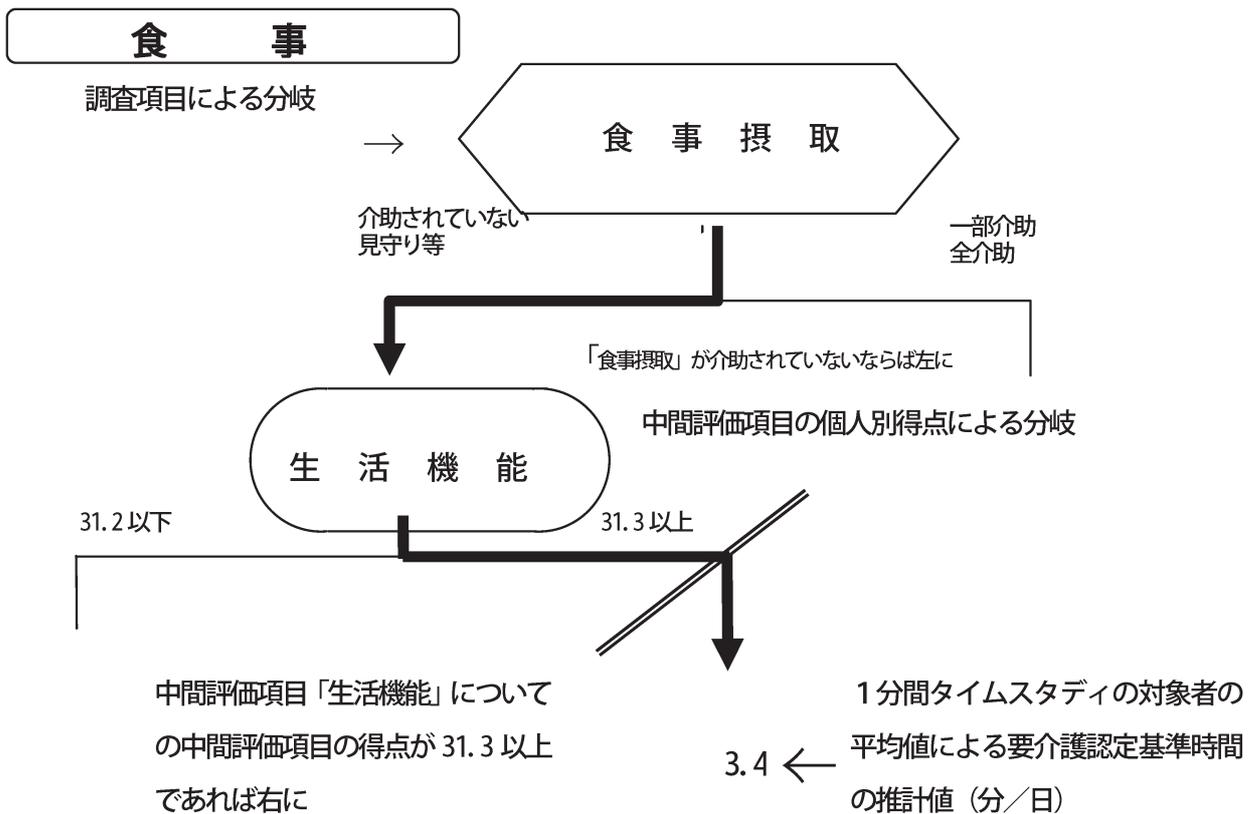
- 一次判定のコンピュータシステムは、訪問調査の項目等ごとに選択肢を設け、調査結果に従い、それぞれの対象者を分類してゆき、「1分間タイムスタディ・データ」の中からその心身の状況が最も近い対象者のデータを探しだして、そのデータから要介護認定等基準時間を推計するシステムです。この方法は樹形モデルと呼ばれるものです。

(2) 介護認定審査会による二次判定

介護認定審査会における審査判定は、要介護認定等基準時間に基づいて設定されている要介護認定基準および要支援認定基準に照らして行うものであり、その際の具体的な検討においては、一次判定の結果を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手間の審査判定等を行います。

認定審査会の個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更します。

樹形モデルの簡単なイメージ



(注) 中間評価項目の利用：

中間評価項目とは、訪問調査に用いられている調査項目のうち心身の状況に関する67項目について、同様の傾向（例：調査項目aで「全介助」となるときには調査項目bでも高い頻度で同時に「全介助」となる場合には、この2つの調査項目を同一グループに含める）を持つ調査項目ごとに、「第1群（身体機能・起居動作）」、「第2群（生活機能）」等の5つのグループにまとめたものです。

このとき個別の調査項目の傾向と62項目全体の傾向との関係の深さに応じて、個別の調査項目の選択肢に対して統計的に得点を付し、5つの中間評価項目ごとにそれぞれの対象者の合計得点を算定します。

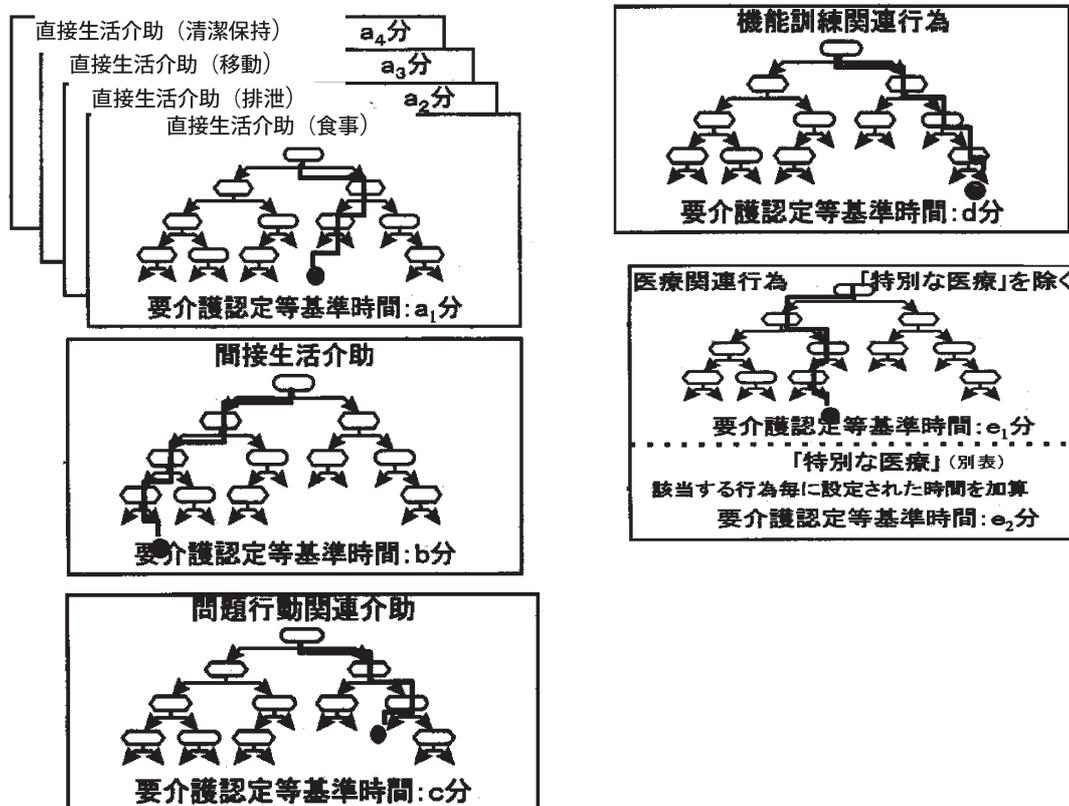
この中間評価項目得点も、個々の調査項目とともに樹形モデルの分岐項目として、一次判定に用います。これによって、安定した一次判定結果が得られることとなりました。

- 要介護認定の一次判定は、要介護認定等基準時間に基づいて行いますが、これは1分間タイムスタディという特別な方法による時間であり、実際に家庭で行われる介護時間とは異なります。
- この要介護認定等基準時間は、あくまでも介護の必要性を量る「ものさし」であり、直接、訪問介護・訪問看護等の在宅で受けられる介護サービスの合計時間と連動するわけではありません。

2 要介護認定における一次判定のプロセス

STEP 1 62の調査項目から5つの中間評価項目の得点を算出

STEP 2 62の調査項目と5つの中間評価得点を用い
5分野（8つ）の樹形モデルにより要介護認定等基準時間を算出



要介護認定等基準時間の合計: $a_1 \sim 4 + b + c + d + e_1 \sim 2$ 分

STEP 3 要介護認定等基準時間の合計により要介護度を判定

要支援 1	要介護認定等基準時間が25分以上32分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要支援 2	要介護認定等基準時間が32分以上50分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態※
要介護 1	要介護認定等基準時間が50分以上70分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護 2	要介護認定等基準時間が70分以上90分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護 3	要介護認定等基準時間が90分以上110分未満である状態又はこれに相当すると認められる状態
要介護 4	要介護認定等基準時間が110分以上である状態又はこれに相当すると認められる状態

※ 要介護認定等基準時間が32分以上50分未満が示された場合は、二次判定（介護認定審査会）において状態の維持・改善可能性にかかる審査判定、すなわち「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性の評価」に基づき、要支援2、要介護1の判定をする。

別表
特別な医療

区分	番号	項目名	時間(単位:分)
処置内容	1	点滴の管理	8.5
	2	中心静脈栄養	8.5
	3	透析	8.5
	4	ストーマの処置	3.8
	5	酸素療法	0.8
	6	レスピレーター	4.5
	7	気管切開の処置	5.6
	8	疼痛の看護	2.1
	9	経管栄養	9.1
特別な対応	10	モニター測定 (血圧、心拍、酸素飽和度等)	3.6
	11	じょくそうの処置	4.0
失禁への対応	12	カテーテル	8.2

一次判定の具体例 ~Kさんの場合~

■ Kさんの調査結果

調査項目	調査結果	中間評価項目の得点
1-1 麻痺 (左一下肢) (右一下肢)	ある ある	82.1
1-2 拘縮(肩関節)	ない	
1-2 拘縮(股関節)	ない	
1-2 拘縮(膝関節)	ない	
1-3 寝返り	つかまれば可	
1-4 起き上がり	つかまれば可	
1-5 座位保持	自分で支えれば可	
1-6 両足の立位	支えが必要	
1-7 歩行	つかまれば可	
1-8 立ち上がり	つかまれば可	
1-9 片足での立位	支えが必要	
1-10 洗身	介助されていない	
1-11 つめ切り	介助されていない	
1-12 視力	普通	100.0
1-13 聴力	普通	
2-1 移乗	介助されていない	
2-2 移動	介助されていない	
2-3 えん下	できる	
2-4 食事摂取	介助されていない	
2-5 排尿	介助されていない	
2-6 排便	介助されていない	
2-7 口腔清潔	介助されていない	
2-8 洗顔	介助されていない	
2-9 整髪	介助されていない	
2-10 上衣の着脱	介助されていない	
2-11 スポーツ等の着脱	介助されていない	
2-12 外出頻度	週1回以上	
3-1 意志の伝達	できる	100.0
3-2 毎日の日課を理解	できる	
3-3 生年月日を言う	できる	
3-4 短期記憶	できる	
3-5 自分の名前を言う	できる	
3-6 今の季節を理解	できる	
3-7 場所の理解	できる	
3-8 徘徊	ない	
3-9 外出して戻れない	ない	92.6
4-1 被害的	ない	
4-2 作話	ない	
4-3 感情が不安定	ない	
4-4 昼夜逆転	ない	
4-5 同じ話をする	ない	
4-6 大声を出す	ない	
4-7 介護に抵抗	ない	
4-8 落ち着きなし	ない	
4-9 一人が出たがる	ない	
4-10 収集癖	ない	
4-11 物や衣類を壊す	ない	
4-12 ひどい物忘れ	ある	
4-13 独り言・独り笑い	ない	
4-14 自分勝手に行動する	ない	
4-15 話がまとまらない	ときどきある	
5-1 薬の内服	一部介助	48.4
5-2 金銭の管理	一部介助	
5-3 日常の意志決定	特別な場合以外可	
5-4 集団への不適応	ない	
5-5 買い物	見守り等	
5-6 簡単な調理	全介助	

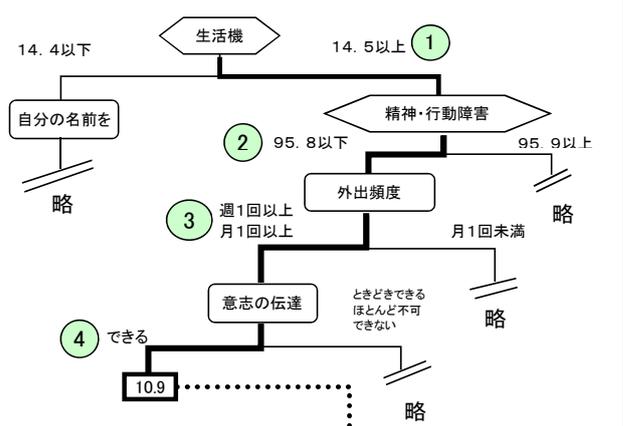
STEP 1

各調査項目に割り当てられた得点から、群ごとの中間評価項目の総得点を算出

STEP 2

調査結果と中間評価項目得点を元に、それぞれの樹形モデルをたどって要介護認定等基準時間を算出

間接生活介助の例



直接生活介助	食事	3.4
	排泄	2.0
	移動	2.0
	清潔保持	6.0
	計	13.4
間接生活介助		10.9
BPSD関連行為※		6.2
機能訓練関連行為		6.2
医療関連行為		4.2
	特別な医療	0.0
認知症加算※		0.0
要介護認定等基準時間		40.8

※ BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementiaの略。認知症に伴う行動・心理症状の意味

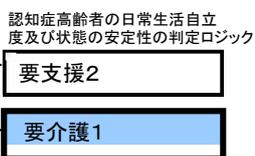
※運動能力の低下していない認知症高齢者は、別紙の処理

STEP 3

要介護認定等基準時間の合計により要介護度を推定

要支援1	25分以上32分未満等
要支援2・要介護1	32分以上50分未満
要介護2	50分以上70分未満
要介護3	70分以上90分未満
要介護4	90分以上110分未満
要介護5	110分以上

状態の維持・改善可能性の判定
ロジック(別紙2)



※ 特別な医療は「該当なし」

■ 認知機能・状態の安定性の評価結果(別紙参照)

認知症高齢者の日常生活自立度	
認定調査結果	I
主治医意見書	IIa
認知症自立度II以上の蓋然性	81.9%
状態の安定性	安定
給付区分	介護給付

要介護認定

介護認定審査会委員テキスト

2009

改訂版

令和3年4月

平成 30 年 4 月の要介護認定制度の見直しに伴い、介護認定審査会委員テキストが以下の通り改訂されました。

1. 要介護認定の基本設計（改訂前テキスト 5 頁）

要介護認定の簡素化について追記しました。

■追記. 認定審査会の簡素化

平成 30 年 4 月 1 日以降、一定の要件を満たすケースについて認定審査会の簡素化が可能となりました。基本的な要件は以下の 6 つですが、必要に応じて保険者ごとに追加することができます。

- (1) 第 1 号被保険者であること
- (2) 要介護更新申請であること
- (3) 一次判定（「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。）における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること
- (4) 現在の認定の有効期間が 12 か月以上であること
- (5) 一次判定における要介護度が「要支援 2」又は「要介護 1」である場合、状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと
- (6) 一次判定における要介護認定等基準時間が、一段階高い要介護度から 3 分以内でないこと

簡素化に伴う審査会の具体的な処理手順や、有効期間の定めに関する設定は、（介護認定審査会委員の理解を得たうえで）保険者において決定します。その際、少なくとも介護認定審査会（合議体）を開催し、介護認定審査会委員の確認を経て認定結果を決定することが適当です（介護保険法第 27 条他を参照）。

3. 介護認定審査会の構成

■ 4. その他（改訂前テキスト 14 頁）

末尾に要介護認定の簡素化について追記しました。

- 認定審査会を簡素化する場合においては、簡素化を実施したケースであっても保険者として認定結果に責任を負うことから、あらかじめ審査会委員に簡素化要件や簡素化方法等について十分周知し、理解を得ることが重要です。

令和 3 年 4 月の介護保険法施行規則の見直しに伴い、介護認定審査会委員テキストが以下の通り改訂されました。

STEP 3 介護認定審査会として付する意見

■ 認定の有効期間(改訂前テキスト 30 項)

図表 7 有効期間の原則 の更新申請の有効期間の上限を従来の 36 か月から 48 か月に変更となりました。

※直前の要介護度と同じ要介護度と判定された場合に適用。

図表 7 有効期間の原則

申請区分等	原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請	6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
区分変更申請	6 ヶ月	3 ヶ月～12 ヶ月
更新申請※	要介護度が更新前後で異なる	3 ヶ月～36 ヶ月
	要介護度が更新前後で同じ	3 ヶ月～48 ヶ月

※ 状態不安定による要介護 1 の場合は、6 ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

介護認定審査会委員テキスト

1. 要介護認定の基本設計	1
■ 1. 要介護認定の基本設計	1
■ 2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由	2
■ 3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性	2
■ 4. 介護現場における「1分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発	3
■ 5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割	4
■ 追記. 介護認定審査会の簡素化	5
2. 認定調査項目の考え方	6
■ 1. 能力で評価する調査項目	6
■ 2. 介助の方法で評価する調査項目	8
■ 3. 有無で評価する調査項目	10
3. 介護認定審査会の構成	12
■ 1. 委員について	12
■ 2. 合議体について	13
■ 3. 会議について	14
■ 4. その他	14
4. 審査判定手順	15
第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認	16
■ 1. 基本的な考え方	16
STEP1：一次判定の修正・確定	17
■ 1. 基本的な考え方	17
■ 2. 議論のポイント	17
■ 3. 一次判定修正の際の注意点	19
STEP2：介護の手間にかかる審査判定	21
■ 1. 基本的な考え方	21
■ 2. 議論のポイント	21
■ 3. 介護の手間にかかる審査判定の際の留意点	24
状態の維持・改善可能性にかかる審査判定	26
■ 1. 基本的な考え方	26
■ 2. 注意点	27
STEP3：介護認定審査会として付する意見	29
■ 1. 基本的な考え方	29
■ 2. 認定の有効期間	29
■ 3. 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見	31
5. 介護認定審査会資料の見方	33
■ 1. 一次判定等	34
■ 2. 認定調査項目	37
■ 3. 中間評価項目得点	39
■ 4. 日常生活自立度	39
■ 5. 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示	40
■ 6. サービスの利用状況	41
6. 資料	42

■ 1. 特別な医療.....	42
■ 2. 麻痺の種類.....	42
■ 3. 中間評価項目得点	43
■ 4. 警告コード.....	44
■ 5. 運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック	46
■ 6. 状態の維持・改善可能性の判定ロジック	48
■ 7. 樹形モデル図（要介護認定等基準時間の推計方法）	52
■ 8. 判定結果の妥当性についての検証.....	61

※ 本テキスト内で「要介護認定」と記述しているところは、特段の断りがない限り、要支援認定も含まれます。

■ 1. 要介護認定の基本設計

要介護認定は、一次判定ソフトによる判定から、介護認定審査会における認定まで、原則として、要介護認定等基準時間と呼ばれる介護の手間の判断によって審査が行われます。この審査の考え方は、制度が実施されてから、今日まで変わっていません。

最初の段階となる一次判定では、認定調査における基本調査 74 項目の結果から、要介護認定等基準時間や中間評価項目の得点を算出し、さらに当該申請者における要介護度の結果が示されます。

本テキストでは、この申請者の状態を把握するための調査項目に対して「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」といった 3 つの評価軸を設けています。全ての調査項目には、このうちいずれかの評価軸にそった選択基準が設けられています。また、この選択の基準については、観察・聞き取りに基づく客観的なものであることが改めて明示されています。

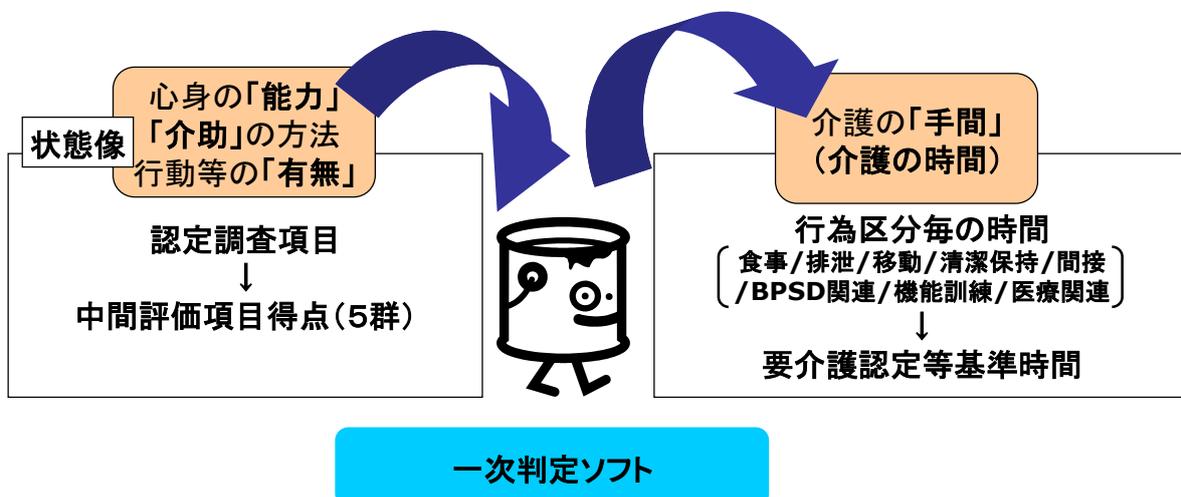
本テキストでは、前述した基本調査において把握した申請者の「能力」、「介助の方法」、「障害や現象（行動）の有無」を調査した結果と、これらを総合化した指標である 5 つの中間評価項目得点を併せて「状態像」と呼んでいます。したがって、基本調査のデータだけで例えば、歩行はできるが、ついさっき食事をしたことは忘れてしまう高齢者であるという状態も想定することが可能となっています。

しかし、前述したように、要介護認定の評価軸は、介護の手間の総量であることから、こういった状態像から、認定をすることはできません。

わが国で開発された一次判定ソフトにおいては、申請者の「能力」に関わる情報や、「介助の方法」および「障害や現象（行動）の有無」といった状態に関わる調査結果情報を入力することで、「行為区分毎の時間」とその合計値（要介護認定等基準時間）が算出される設計が採用されています。

言い換えれば、要介護認定は、申請者の状態像を数量化し、この値とタイムスタディデータ（後述）との関連性を分析することで、「介護の手間」の総量である要介護認定等基準時間を推計しているといえます。そして、この推計時間を任意に区分して要介護度を決定するという方式が採用されているということです。

図表1 要介護認定の基本設計の考え方



以上のことは、介護認定審査会では、状態像を議論して要介護度を認定するのではなく、特別な介護の手間が発生しているか、要介護認定等基準時間は妥当であるかという観点から要介護度の認定をしなければならないことを意味しています。

現状では、こういった介護の手間の総量を複数の介護に関わる専門職の合議によって、同一の結論を得ることは、きわめて困難です。このため、わが国の要介護認定においては、申請者の「状態像」に関わる情報については、基本調査で把握し、これを介護の手間の総量＝要介護認定等基準時間に置き換える作業は、コンピューターによる判定が代行していると説明できます。

■ 2. 要介護認定において二次判定による変更が認められる理由

一次判定は、申請者の状態に関する情報を用いて、同様の特徴を持った高齢者グループに提供された介護の手間から、申請者の介護量を統計的な手法を用いて推定し、さらに、これを要介護認定等基準時間に変換するというプロセスを採っています。

統計的な推定になじまない、申請者固有の手間があって、特記事項や主治医意見書の記載内容から、これらの介護の手間の多寡が具体的に認められる場合は、一次判定の結果に縛られずに、要介護度の変更ができます。こうした一次判定の変更は、すでに一次判定に反映されている統計的、数量的なデータそのものの適正さ等の判断によるものではなく、変更の理由が、当該申請者に固有の情報に基づいているかが吟味された結果でなければなりません。

以上のように、一次判定の変更は、特記事項または主治医意見書に記載されている当該申請者に特有の介護の手間を根拠とすることが必須の条件です。

ただし、介護において特別な手間が発生しているかどうかの議論は、例えば、「ひどい物忘れによって、認知症のさまざまな周辺症状がある」という行動があるという情報だけでは不十分です。こういった情報に加えて、「認知症によって、排泄行為を適切に理解することができないため、家族が常に、排泄時に付き添い、あらゆる介助を行わなければならない」といった具体的な対応が示され、これが介護の「手間」として、当該申請者に特別な手間かどうかを判断しなければなりません。

審査判定、とくに一次判定の変更に際しては、被保険者への説明責任の観点からも、二次判定において、介護認定審査会委員が、申請者特有の介護の手間の増加や減少をどのように考えたかについて、根拠とした特記事項や主治医意見書の記述内容とともに、介護認定審査会の記録として残されていることが重要です。

■ 3. 樹形モデルによる要介護認定等基準時間の推計を行う方法の妥当性

現行の要介護認定ロジック、すなわち樹形モデルを用いた要介護認定等基準時間による判定基準が開発される以前には、わが国には、高齢者の状態を日常生活動作毎に評価し、これらの調査項目の結果毎に、点数を加算する方法がありました。

これは、この点数の多寡と介護の手間として考えられる時間との間に比例的な関係を持っているということが前提となっています。しかし、この方法では、申請者の心身や精神的な状況のそれぞれの状態の関連性は配慮されないこととなります。実際には、高齢者の心と体との間には、さまざまな関連性がありますので、結果として示される各アセスメント項目の間に、た

たとえば、精神状態が悪くなったら、体の状態も悪いはずだというような単純な状態像の考え方に依拠するものではありません。また、状態像が悪いほど、介助量が増加するだろうともいえません。

たとえば、「全く起き上がることも立つこともできない」高齢者に「尿意がある」ことと、「かろうじて立つことができる」高齢者に「尿意がある」ことは、介護サービスの内容や量に大きな違いを生じさせると考えられ、点数としては、前者が低く、介助量は後者の高齢者よりも多くなると予測されるわけですが、実際に提供された介助時間は、必ずしも予測どおりにはならないこともわかってきました。

そこで、高齢者の複雑な状態像をできるだけ、調査項目間の関係性として示し、これらの状態像をそのまま、判定結果に反映させることができる方法論として、現行の要介護認定に用いられている樹形モデルが選択されました。言い換えれば、ある調査項目の判定結果と、他の結果との関係性を具体的に示し、介護サービスの内容や量のある程度、予測し、表現できるものとして、樹形モデルが選択されたといえます。また、このモデルは、より介護現場の実態を現す方法でもあります。

この樹形モデルは、医療や福祉等の専門的な観点からではなく、実態データを分析した結果によって作られています。このような推計方式は具体的な高齢者の介護の手間を数量化することを目的として採用されたといえるでしょう。

■ 4. 介護現場における「1 分間タイムスタディ」データと中間評価項目の開発

介護保険制度発足時の要介護認定の基礎データとなっているのは、制度発足前に実施された、介護施設に入所・入院している約 3,400 名の高齢者に提供されている介助内容とその時間のデータです。このデータの収集にあたっては、「1 分間タイムスタディ」法が採用されました。

平成 10 年度の要介護認定に関する試行的事業では、樹形モデルは使用されましたが、中間評価項目（心身状態 7 指標）は使用されていませんでした。この結果、試行的事業では、概ね要介護度は臨床的な判断と一致しましたが、中には、大きく異なる事例が現れるということが問題となりました。

この理由は、3,400 サンプルのデータだけで、多様な状態像を持つ高齢者の介護の手間を判定することが困難であったことを示していました。「1 分間タイムスタディ」の調査結果は、詳細な調査データであればあるほど、特定の人間のばらつきの影響を受けることが予想されていました。このため、推計結果がある特定の高齢者の状態像を反映しすぎるという問題が示されたのでした。

そこで、認定調査によって把握された心身の状況に基づいて、機能や状態を総合的に評価し、わが国の要介護高齢者の状態像の典型例を中間評価項目として、樹形モデルに包含することにしました。これが中間評価項目の得点の利用です。この中間評価項目得点は、高齢者の状態において、一定の特徴や、実際に受けている介助の内容を反映する総合的な指標となっています。この総合的な指標を、「群」と呼び、この群に含まれる複数の調査項目の結果を総合化した指標として得点を示すことにしました。したがって、中間評価項目とは、高齢者の状態について関連する複数の項目の認定調査結果を集約し、これを基準化し、得点化したものといえます。

中間評価項目の利用によって、ある高齢者の一つの調査項目の結果が、いわゆる一般的な高齢者の調査結果の傾向と異なる不自然なもののように見えたとしても、他の調査項目の選択傾向に相殺される中間評価項目の得点として、異常な値として反映されるということを少なくす

ることができます。このようにして、要介護認定は、より安定した判定がなされることになりました。

さて、本テキストにおいては、中間評価項目は5群となりました。これは、最初に、こういった高齢者の典型例のデータの収集をしてから、約10年後の平成19年において、改めて日本の高齢者の状態像について調査し、収集されたデータを10年前と同様のプロセスを経て解析した結果、従来の7群の中間評価項目から、5群へと変更されることになったものです。

このように、要介護高齢者の心身の状況、介助、認知症などによる周辺症状の有無といったデータの統合的な指標が7から、5へと減りました。介護保険制度が実施される前には、要介護高齢者という介護を要する高齢者集団の特徴の弁別に、7つの指標が必要であったことを示していたのが、介護保険制度が実施され、要介護高齢者という集団が確立されたことによって5つの指標で、その特徴を弁別することが可能となったということでしょう。

これは、おそらく要介護高齢者という、集団の特性は、その時代に用いられた介護のあり方やその方法等という時代背景を反映していることから、調査項目の定期的な見直しと同様に、中間評価項目の分析を今後も継続して実施していく必要があることを示した結果となりました。

■ 5. 要介護認定に関わる人々のそれぞれの役割

要介護認定は、各種専門職や、様々な業務を担う職員によって運営されています。適正な介護認定審査会の運営は、介護認定審査会に関わるすべての関係者の適正な参加があってはじめて達成されます。

認定調査員及び主治医、介護認定審査会委員、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の運営において中心的な役割を果たします。それぞれの役割を端的に表現すれば、認定調査員及び主治医は、申請者当人を知る「情報提供者」であり、介護認定審査会（介護認定審査会委員）は「意思決定の場」と見ることができます。そして介護認定審査会事務局は、この両者の情報のやり取りが円滑、適正に行われるよう仲介するコーディネーターとしての役割を担っています。

(1) 認定調査員と主治医

介護認定審査会においては、認定調査員と主治医のみが、実際に申請者を目の当たりにして審査に必要な情報を提供する立場にあります。したがって、認定調査員と主治医は、申請者の状況を極力正確に介護認定審査会委員に伝達すべく、調査票や意見書をまとめることが必要です。

ただし、認定調査については、認定調査員が一次判定のすべての責任を負うということではありません。申請者の状態は様々であり、その状況を74項目の基本調査だけで正確に伝達することは容易ではありません。

特に、基本調査の項目の定義にうまく当てはまらない場合や、実際に行われている介助の方法の適切さについて検討する場合は、慎重な判断が求められます。しかしながら、こうした微妙なケースについての正確な判断のすべてが認定調査員に求められているわけではありません。選択に迷う場合や実際の介助の方法が不適切と考えられる場合は、その状況等を特記事項として記録し、介護認定審査会の判断を仰ぐことが調査の標準化に資する適切な対処方法といえます。

(2) 介護認定審査会（介護認定審査会委員）

一方、介護認定審査会は、「意思決定の場」です。認定調査員や主治医が申請者から得た情報から通常の例と比べてより長い（短い）時間を介護に要していないかといったことや、実際に行われている介助が不適切ではないかといったことを、介護認定審査会は総合的に判断し、一次判定を修正・確定し、必要に応じて一次判定の変更を行うことができる唯一の場です。

したがって、形式的には保険者が被保険者に対する審査判定に関する説明責任を有するものの、実質的には、合議体が説明責任を負っていると考えることもできます。このため、介護認定審査会における判定については、明確な根拠をもって行うことが求められます。

(3) 介護認定審査会事務局

介護認定審査会事務局は、いうまでもなく、保険者として要介護認定に関する全業務について責任を有しますが、認定調査員や主治医と介護認定審査会委員との関係で見れば、両者をつなぐ仲介役、コーディネーターとしての役割を担っています。認定調査員や主治医の情報を、できる限り正確かつ漏れなく意思決定の場である介護認定審査会に伝達するのが審査会事務局の役割です。

具体的には、認定調査の内容に関して介護認定審査会委員から提示される各種の疑義に対応して認定調査員への問い合わせを行うほか、基本調査の誤りや特記事項等との不整合を事前に認定調査員に確認するなどの作業が想定されます。

また、要介護認定の平準化の観点から、介護認定審査会事務局は、審査判定の手順や基準が各合議体で共有・遵守されるよう積極的に関与することが求められます。

■ 追記. 認定審査会の簡素化

平成 30 年 4 月 1 日以降、一定の要件を満たすケースについて認定審査会の簡素化が可能となりました。基本的な要件は以下の 6 つですが、必要に応じて保険者ごとに追加することができます。

- (1) 第 1 号被保険者であること
- (2) 要介護更新申請であること
- (3) 一次判定（「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。）における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること
- (4) 現在の認定の有効期間が 12 か月以上であること
- (5) 一次判定における要介護度が「要支援 2」又は「要介護 1」である場合、状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと
- (6) 一次判定における要介護認定等基準時間が、一段階高い要介護度から 3 分以内でないこと

簡素化に伴う審査会の具体的な処理手順や、有効期間の定めに関する設定は、（介護認定審査会委員の理解を得たうえで）保険者において決定します。その際、少なくとも介護認定審査会（合議体）を開催し、介護認定審査会委員の確認を経て認定結果を決定することが適当です（介護保険法第 27 条他を参照）。

2

認定調査項目の考え方

62種類の認定調査項目は、「能力で評価する調査項目」、「介助の方法で評価する項目」、「有無及び頻度で評価する項目」の3つに分類することができます。この3つの分類を組み合わせて調査することにより、タイムスタディのデータに基づく樹形モデルから、申請者にかかる介護の手間としての「要介護認定等基準時間」が算出されます。

介護の手間にかかる審査判定を行う際に、議論の中で着眼した特記事項とその調査項目が、3つの異なる評価方法のうちどの基準によって調査されているかを知ることが、より適切に検討を行うための基本となります。

■ 1. 能力で評価する調査項目

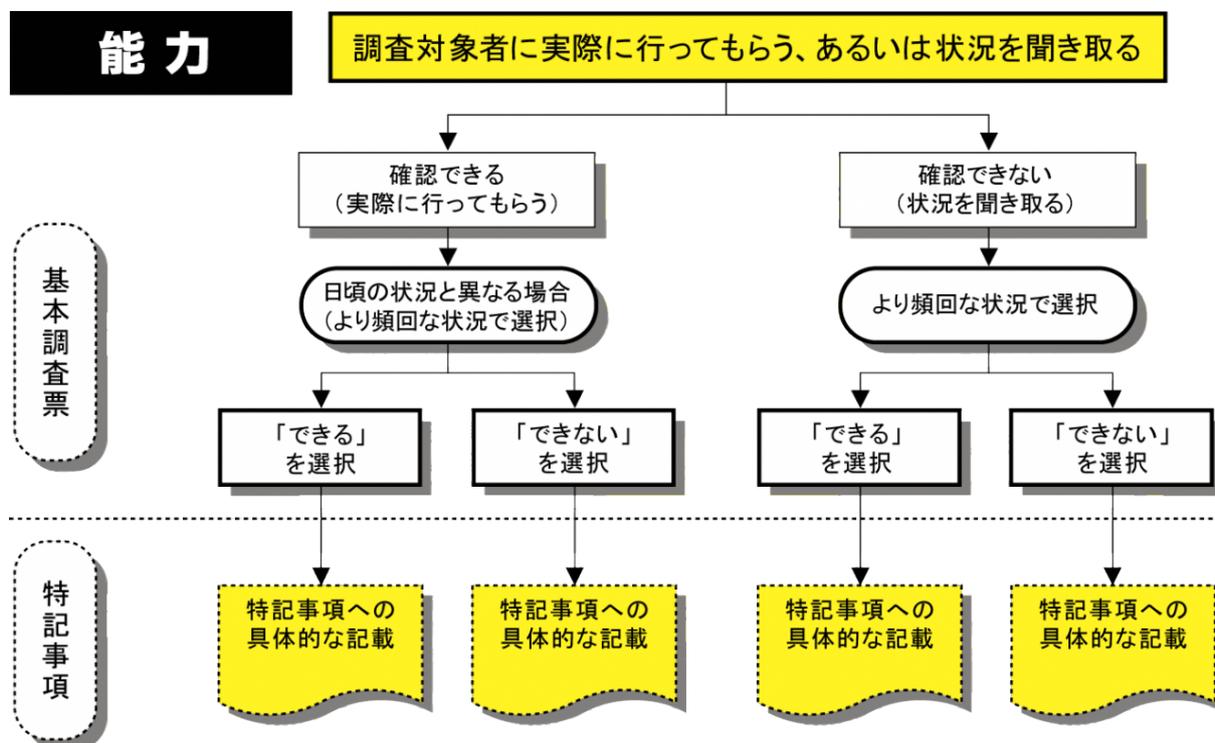
能力で評価する調査項目は、大きく分けて身体機能の能力を把握する調査項目（第1群に多く見られる）と認知能力を把握する調査項目（第3群）に分類されます。

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

その行為ができないことによって介助が発生しているかどうか、あるいは日常生活上の支障があるかないかは基本調査を選択する際の基準に含まれません。

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

図表 2 能力で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



■ 2. 介助の方法で評価する調査項目

(1) 介助の方法で評価する調査項目の選択基準

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

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

特記事項の記載にあたっては、介護認定審査会が、「介護の手間」を評価できるよう、実際に行われている介助で選択した場合は、具体的な「介護の手間」と「頻度」が特記事項に記載されます。また、認定調査員が適切と考える介助の方法が選択されている場合は、実際に行われている介助の方法と認定調査員の判断の違いを、介護認定審査会の委員が理解できるよう、その理由や事実が特記事項に記載されることとなっています。

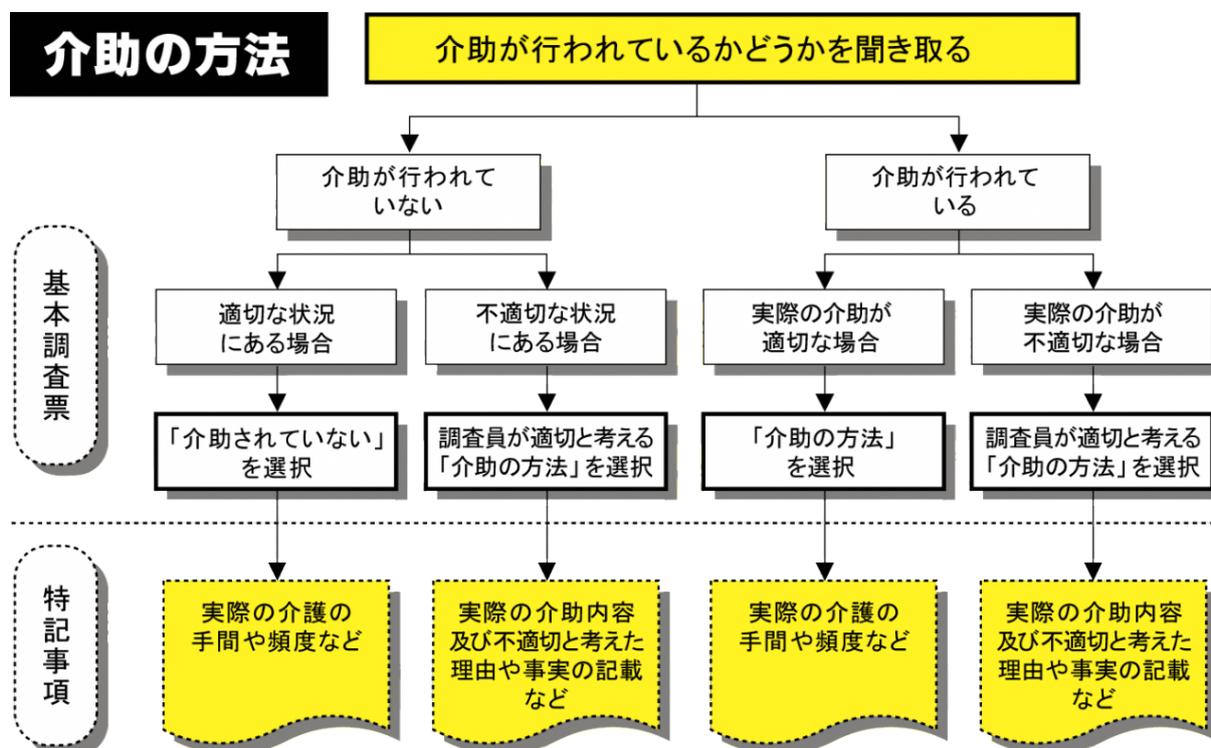
また、認定調査員は、記載する内容が選択肢の選択基準に含まれていないことであっても、介護の手間に関係する内容であれば、特記事項に記載することができます。その内容を審査会における二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で評価します。

なお、「介助」の項目における「見守り等」や「一部介助」「全介助」といった選択肢は、介助の量を意味していません。

具体的な介助の量の多寡について特に記載すべき事項がある場合は、その内容が具体的に特記事項に記載されていることとなります。したがって、介護認定審査会における介護の手間にかかる審査判定では、主にこの特記事項の記述を根拠に判断を行うということとなります。

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

図表 3 介助の方法で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



■ 3. 有無で評価する調査項目

(1) 有無で評価する調査項目の選択基準

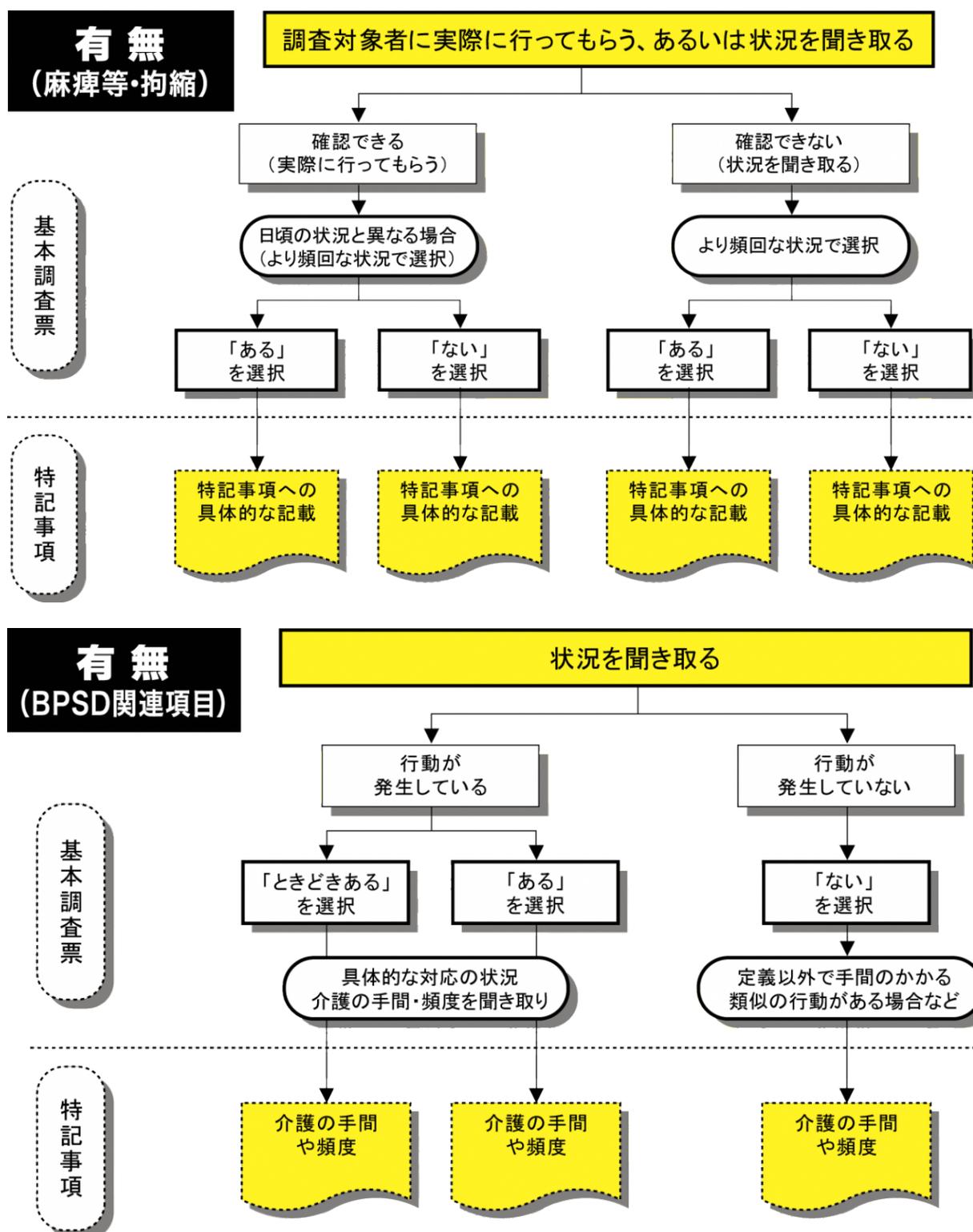
「有無」の項目には第1群の「麻痺等・拘縮」を評価する項目と、「BPSD 関連」を評価する項目があります。また、第4群の「精神・行動障害」のすべての項目及び、第3群の「3-8 徘徊」「3-9 外出すると戻れない」、第5群の「5-4 集団への不適応」を総称して「BPSD 関連」として整理しています。BPSDとは、Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略で、認知症に伴う行動・心理状態を意味しています。

なお、「2-12 外出頻度」については、「有無」の項目に該当しますが、「麻痺等・拘縮」にも「BPSD 関連」にも該当しないため、「2-12 外出頻度」で定める選択基準に基づいて選択を行っています。

有無の項目（BPSD 関連）は、その有無だけで介護の手間が発生しているかどうかは必ずしも判断できないため、二次判定で介護の手間を適切に評価するためには、特記事項に記載されている介護の手間を、頻度もあわせて検討する必要があります。また介護者が特に対応をとっていない場合などについても特記事項には記載されていますので、こうした記述にも配慮が必要となります。

21 項目	有 無 で 評 価 す る 調 査 項 目
(3)	有無で評価する調査項目（21 項目）
	「1-1 麻痺等の有無（左上肢、右上肢、左下肢、右下肢、その他（四肢の欠損）」
	「1-2 拘縮の有無（肩関節、股関節、膝関節、その他（四肢の欠損）」
	「2-12 外出頻度」
	「3-8 徘徊」
	「3-9 外出すると戻れない」
	「4-1 物を盗られたなどと被害的になる」
	「4-2 作話」
	「4-3 泣いたり、笑ったりして感情が不安定になる」
	「4-4 昼夜の逆転がある」
	「4-5 しつこく同じ話をする」
	「4-6 大声をだす」
	「4-7 介護に抵抗する」
	「4-8 「家に帰る」等と言い落ち着きがない」
	「4-9 一人で外に出たがり目が離せない」
	「4-10 いろいろなものを集めたり、無断でもってくる」
	「4-11 物を壊したり、衣類を破いたりする」
	「4-12 ひどい物忘れ」
	「4-13 意味もなく独り言や独り笑いをする」
	「4-14 自分勝手に行動する」
	「4-15 話がまとまらず、会話にならない」
	「5-4 集団への不適応」

図表 4 有無で評価する調査項目の選択肢の選択及び「特記事項」記載の流れ



※「4-12 ひどい物忘れ」については、何らかの行動が発生していない場合でも「周囲の者が何らかの行動をとらなければならないような状況（火の不始末など）」が発生している場合は、「行動が発生している」として評価します。

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

■ 1. 委員について

- 委員は、保健、医療、福祉に関する学識経験者であり、介護認定審査会は、各分野のバランスに配慮した構成とし、市町村長が任命します。
- 委員は、都道府県及び指定都市が実施する介護認定審査会委員に対する研修（介護認定審査会委員研修）を受講し、介護認定審査会の役割などを確認します。
- 委員の任期は2年（委員の任期を2年を超え3年以下の期間で市町村が条例で定める場合にあつては、当該条例で定める期間）とし、委員は再任できます。
- 会長は委員の中から互選で選びます。
- 会長によって指名された委員から成る合議体において審査判定を実施します。
- 会長は介護認定審査会の運営責任を持ちます。また、合議体長は、審査判定を行う各合議体の運営責任を持ちます。会長または合議体長が出席できない場合に、その職務を代行するようあらかじめ指名された委員が、その職務を代行します。
- 委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務があります。

【参考】介護認定審査会委員に関する制約

- ◆ 保険者である市町村職員は、原則として、委員になることはできません。（例外：委員の確保が難しい場合は、市町村職員であっても、保健、医療、福祉の学識経験者であり、かつ、認定調査等の介護保険事務に直接従事していなければ委員に委嘱することが可能です。）
- ◆ 委員は、原則として所属する市町村の認定調査員として認定調査を行うことができません。ただし、やむを得ない場合は、認定調査員として認定調査を行うことができますが、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定を、委員が所属する合議体では行うことができません。

■ 2. 合議体について

保健、医療、福祉に関する各分野のバランスに配慮した構成とします。

留意事項

① 合議体の構成

合議体を構成する委員の定数は5名を標準として市町村が定める数とされています。

合議体の定数については、以下の場合などにおいて、5名より少ない定数によっても介護認定審査会の審査の質が維持できると市町村が判断した場合は5名より少なく設定することができます。ただし、この場合であっても、少なくとも3名を下回って設定することはできません。

- 更新申請を対象とする場合
- 委員の確保が著しく困難な場合

一定期間は同じメンバー構成としますが、およそ3か月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更してもかまいません。

② 委員の所属

委員は、所属しない合議体での審査判定に加わることはできません。

委員の確保が特に難しい場合を除いて、複数の合議体に同一の委員が所属することは適切ではありません。

③ 特定の分野の委員確保が難しい場合

確保が難しい分野の委員を、他の分野の委員より多く合議体に所属させ、開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式をとることも可能です。

④ 合議体長の出席

合議体の長は合議体の運営責任を持ちます。合議体の長が出席できない場合は、その合議体に所属する委員であって、合議体の長があらかじめ指名する者が、その職務を代行します。

⑤ その他

市町村は、審査判定を行う合議体に、審査対象者が入院（あるいは入所）していたり介護サービスを受けている施設等に所属する委員が含まれないように考慮します。

審査対象者が入院（入所）している（あるいは介護サービスを受けている）施設に所属する者が、委員として出席している場合には、その審査対象者の状況などについて意見を述べても構いませんが、判定に加わることはできません。

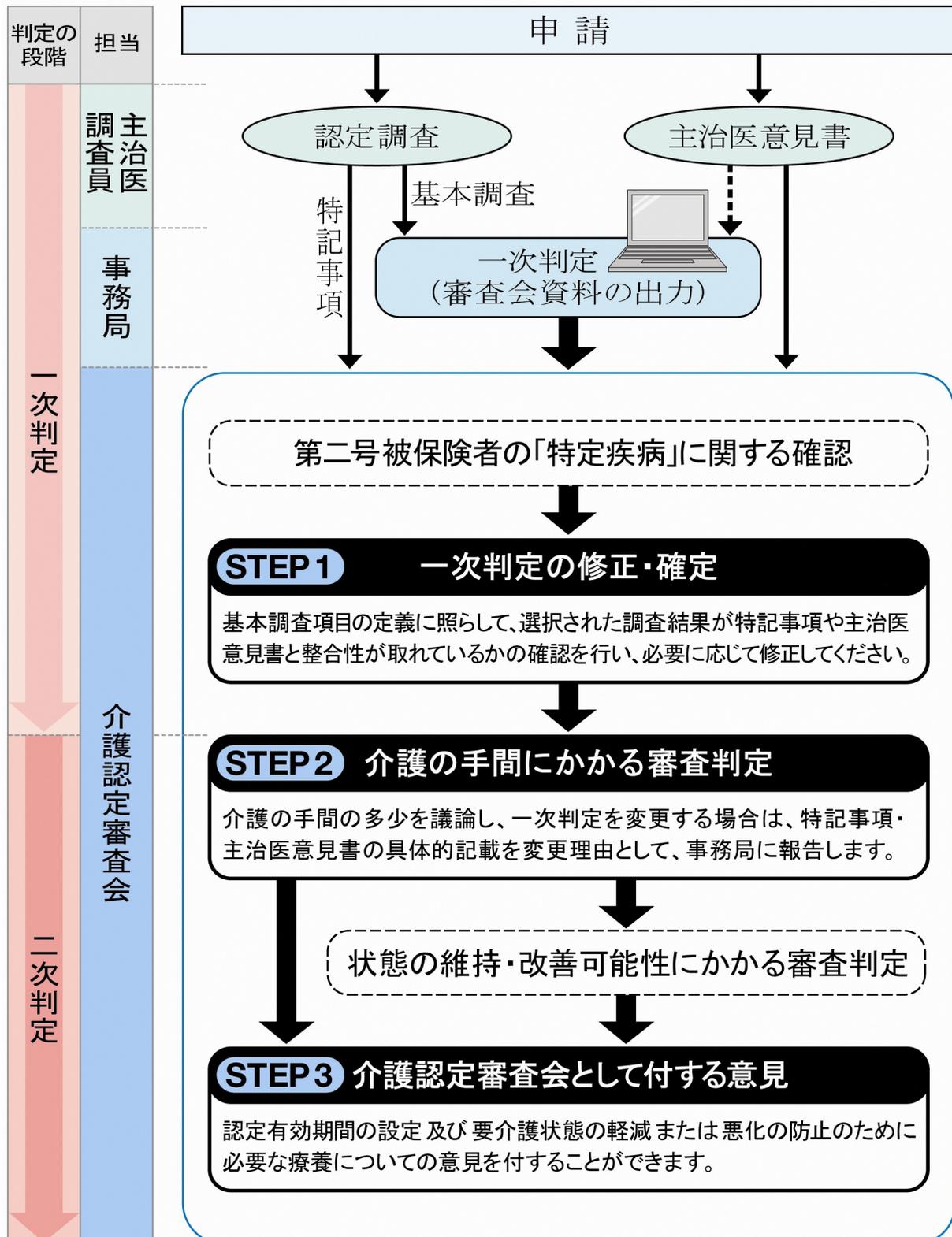
■ 3. 会議について

- 介護認定審査会は、会長が招集します（合議体の場合は、基本的に合議体の長が招集します）。
- 会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）及び過半数の委員の出席がなければ会議は成立しません。
 - 保健、医療、福祉のいずれかの委員が欠席の場合には、介護認定審査会を開催しないことが望ましいと考えられます。
- 会議の議事は、出席した委員の過半数により決定します。可否が同数の場合は、会長（あるいは合議体の場合は、合議体の長）の意見により決定します。
 - 委員間の意見調整によって、可能な限り合意を得ることが重要です。
 - 必要に応じて、審査対象者及びその家族、介護者、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができます。
- 介護認定審査会は、第三者に対して原則非公開とします。

■ 4. その他

- 市町村は、介護認定審査会の開催に先立ち、審査対象者について、氏名、住所などの個人を特定する情報について削除した上で、一次判定の結果、特記事項の写し、主治医意見書の写しを委員に事前配布することが望ましいと考えられます。
- 効率的に介護認定審査会を運営するために、介護認定審査会開始前に合議体長又は介護認定審査会事務局に一次判定結果を修正・変更する必要があると考えられるケースや意見などを提出してもらい、それに応じて、個別に必要な審査判定時間を確保することは可能です。
- 公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましいと考えられます。
- 認定審査会を簡素化する場合においては、簡素化を実施したケースであっても保険者として認定結果に責任を負うことから、あらかじめ審査会委員に簡素化要件や簡素化方法等について十分周知し、理解を得ることが重要です。

図表 5 審査判定手順



特定疾病

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認

特定疾病

第二号被保険者の「特定疾病」に関する確認
(該当する場合のみ)

■ 1. 基本的な考え方

- 申請者が第二号被保険者の場合のみ、主治医意見書に基づき、「特定疾病」に該当するかどうかを判断してください。

【特定疾病に該当する 16 の疾病】

- ◆ がん（がん末期）
- ◆ 関節リウマチ
- ◆ 筋萎縮性側索硬化症
- ◆ 後縦靭帯骨化症
- ◆ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ◆ 初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）
- ◆ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
- ◆ 脊髄小脳変性症
- ◆ 脊柱管狭窄症
- ◆ 早老症（ウェルナー症候群等）
- ◆ 多系統萎縮症
- ◆ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ◆ 脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- ◆ 閉塞性動脈硬化症
- ◆ 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎等）
- ◆ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

STEP 1

一次判定の修正・確定

STEP 1

一次判定の修正・確定

■ 1. 基本的な考え方

- 各基本調査項目の定義と特記事項の記載内容を比較検討し、基本調査項目や認知症及び障害高齢者の日常生活自立度が適切に選択されているか確認してください。
- 認定調査結果と異なる選択を行う場合は、基本調査項目の定義に基づき、特記事項や主治医意見書の記載内容から、理由を明らかにし、事務局に修正を依頼します。
- なお、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができます。

介護認定審査会資料で提供される一次判定は、認定調査員による基本調査案をもとに算出されているものであり、その内容は未確定なものです。したがって、介護認定審査会は、認定調査員から提示された特記事項（及び主治医意見書）の内容から、基本調査項目の選択が適切に行われているか確認作業を行い、これを承認することで申請者の一次判定が確定します。

特記事項（及び主治医意見書）の記載内容から、認定調査項目の選択に矛盾を認めた場合は、認定調査項目の定義に基づき、基本調査項目の選択肢の変更を行います。

また、介護認定審査会開催前に介護認定審査会事務局が発見した認定調査上の誤りや疑義については、介護認定審査会に対して判断を求めることもできます。介護認定審査会は、事務局からの求めがあった場合、定義に基づき一次判定を修正すべきか判断します。

一次判定の修正・確定の作業は、認定調査員の技能向上により、その必要性が減少しますが、認定調査員が判断に迷うケースは必ず発生することから、この審査判定プロセスを省略することは適切ではありません。

認定調査資料、主治医意見書の記載内容に、著しい矛盾点や記載不足があり、適切な審査の実施が困難であると判断される場合は、審査を中止し、再調査を介護認定審査会事務局に要請することができます。

■ 2. 議論のポイント

一次判定の修正・確定において典型的にみられる確認ポイントを以下に整理しています。一次判定の修正は、基本調査の定義に即して行うもので、具体的な根拠が示される場合は実施可能であり、以下の例に限定されるものではありません。

(1) 調査上の単純ミス（定義と特記事項の不整合）

認定調査員の記入や選択の誤りなどにより、明らかに、基本調査の選択と特記事項の

記載内容に不整合が見られる場合は、各認定調査項目の定義に基づき、基本調査の選択肢を修正します。(多くの場合、認定調査員の調査能力の向上によって不整合を減少させることが可能です)

(2) 日頃の状況と異なる場合（能力で評価する調査項目・麻痺拘縮の有無）

能力で評価する項目は、当該の行動等について可能な限り実際に試行して評価する項目ですが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間の状況において、より頻回な状況に基づき選択されます。特記事項または主治医意見書の記載により日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要です。

麻痺・拘縮の有無も同様に実際の試行による評価が原則となりますが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて選択することとされていますので、特記事項または主治医意見書の記載により日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要です。

(3) より頻回な状況で選択している場合（介助の方法で評価する調査項目）

介助の方法で評価する調査項目（主に第2群と第5群）は、調査の定義上、一定期間（調査日より概ね過去1週間）の状況において、より頻回に見られる状況で選択されます。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、たとえば「一部介助」の場合と「全介助」の場合が混在していることがあるので、頻度の評価に基づく選択が適正であるかについて確認が必要です。

(4) 「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合（介助の方法で評価する調査項目）

介助の方法で評価する項目は、具体的に介助が「行われているー行われてない」の軸で選択を行うことを原則としていますが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、介護認定審査会の判断を仰ぐことができるとなっています。

認定調査員が考える適切な介助の方法を選択している場合は、特記事項または主治医意見書の記載をもとに認定調査項目の選択を確認し、介護認定審査会が認定調査員と異なる選択を行う場合は、必要に応じて修正してください。修正する場合その根拠を特記事項または主治医意見書の記載の中から明らかにします。

なお、認定調査員が、「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

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

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

ます。

(5) 認定調査員が選択に迷った項目の確認

認定調査員が選択に迷った場合は、その理由と、申請者の状況が具体的に特記事項に記載されます（介護認定審査会資料作成のため、暫定的にいずれかの認定調査項目が選択されています）。介護認定審査会では、認定調査員が判断に迷った内容を特記事項で確認し、認定調査員の選択の妥当性について確認・修正を行います。

(6) 特別な医療の確認

特別な医療は、実施者、目的、実施された時期など複数の要件を満たすことが求められるため、特記事項及び主治医意見書の内容から、選択が妥当なものであるか確認を行い、具体的な理由がある場合は修正することができます。特別な医療は、調査項目を選択すると要介護認定等基準時間が加算される仕組みになっています。条件に合わない選択を行うと、必要以上に要介護認定等基準時間が延長（短縮）されることがあるなど、確認は重要です。

(7) 障害／認知症高齢者の日常生活自立度の確認

日常生活自立度は、「認知機能・状態の安定性の評価」、「運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算」の推計等に用いられることから、慎重な判断が求められます。特記事項及び主治医意見書の記載内容から、明らかに誤りがあると考えられる場合は、基本調査の日常生活自立度を修正することができます。その場合、具体的な根拠を特記事項または主治医意見書の記載内容から明らかにします。

■ 3. 一次判定修正の際の注意点

- ◆ 一次判定の修正は、特記事項や主治医意見書の記載内容と基本調査項目の定義に不整合が確認できる場合のみ認められます。通常の例と異なる介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべきものです。
- ◆ 認定調査項目と主治医意見書の選択の定義はそれぞれ異なることがあります。主治医意見書と認定調査の結果が異なっていることのみをもって認定調査項目の修正を行うことはできません。

「一次判定修正・確定」は、基本調査の定義に基づき認定調査項目を選択することで、一次判定ソフトが判定を行うための情報を正確に入力するための手順です。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要です。なぜなら、一次判定ソフトへの入力情報が誤っている場合、議論の前提となる一次判定結果が、正しく導出されず、誤った入力が発生すると判定にバラツキを生じさせる可能性があるからです。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目がありますが、主治医意見書は、認

定調査と異なる視点（定義）から作成されています。主治医意見書と認定調査結果が異なる場合でも、主治医意見書に示された結果が認定調査の定義に当てはまると判断できる根拠がない場合は、修正をすることはできません。主治医意見書との定義の差異は、申請者の状況を多角的に見るという点で意義があります。

STEP 2

介護の手間にかかる審査判定

STEP 2

介護の手間にかかる審査判定

■ 1. 基本的な考え方

- 特記事項及び主治医意見書に基づき、通常の例に比べ介護の手間がより「かかる」、「かからない」かの視点で議論を行います。
- 介護の手間がより「かかる」、「かからない」と判断した場合、要介護認定等基準時間なども参照しながら、要介護状態区分の変更が必要であるかについて吟味してください。
- 一次判定結果から要介護状態区分を変更する際には、特記事項及び主治医意見書の記載内容から理由を明らかにし、これを記録します。

特記事項、主治医意見書の記載内容から、通常の例に比べ「介護の手間」がより「かかる」または、「かからない」かの議論を行ってください。介護の手間に関する「通常の例」の具体的な定義は、基本調査の各定義以外に設定されていませんが、介護認定審査会の各委員の専門職としての経験から判断を行ってください。

ただし、手間が「かかる」または、「かからない」という結論に達した場合も、それが直ちに要介護状態等区分の変更につながるとは限りません。要介護認定等基準時間なども参考にしながら、区分の境界となっている時間を超えるほどの「介護の手間」があるかないかを議論してください。

また、被保険者に対する保険者の説明責任を果たすという観点からも、変更を行う際には、その理由を明確にする必要があります。一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の通常の例と異なる介護の手間を読み取れる具体的な箇所を明示し、これを記録することが重要です。

■ 2. 議論のポイント

介護の手間にかかる審査判定は、特記事項、主治医意見書をもとに、介護認定審査会委員の経験や専門性の観点から、一次判定ソフトの推計では評価しきれない申請者の具体的な介護の手間について検討を行うものです。これらの議論の前提として、特記事項または主治医意見書には、変更の根拠となる介護の手間が明確に記載されている必要があります。

特記事項や主治医意見書の中で、介護の手間を検討する際の参考として、以下に、議論のポイント例を示します。なお、これらの議論のポイントは、一例であり、介護の手間にかかる審査判定においては、これら以外の議論を妨げるものではありません。

(1) 介護の手間が通常の例より少ない／多いと考えられるケース

- ◎ 介助の方法で評価する調査項目では、ほとんどの項目がそれぞれの項目の定義に基づき「介助されていない」「見守り等」「一部介助」「全介助」で評価されますが、同じ選択肢であっても、介助量としては大きな幅を持っているため、特記事項の記載に基づき必要に応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で具体的な介助量を確認、検討する必要があります。
- ◎ また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia の略。認知症に伴う行動・心理症状を意味します) の項目については、その頻度に基づいて「ある」「ときどきある」「ない」で評価されますが、行動が「ある」ことをもって介助が発生しているとは限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）でコンピューターでは加味しきれない具体的な介助量を確認し、一次判定を変更するかどうか検討する必要があります。
- ◎ 「通常の介助量」について、個別の定義は設定されていませんが、各調査項目の定義や介護認定審査会の委員の専門性、経験に基づき合議により判断してください。
- ◎ 「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」とすると認定調査員が判断する場合は、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択しますが、主治医意見書や特記事項の記載をもとに、適切な介護が行われるよう配慮して二次判定を行うことが重要です。また、この場合、適切な介護が受けられるように、介護認定審査会は必要な療養に関する意見を付し、それを市町村や介護支援専門員に伝えることができます。

【特記事項の例】

- ◆ 排尿の全介助：トイレで排尿しているが、すべての介助を行っているため「全介助」を選択する。強い介護抵抗があり、床に尿が飛び散るため、毎回、排尿後に掃除をしている。
- ◆ 排尿の全介助：オムツを使用しており、定時に交換を行っている。
- ◆ 食事摂取の一部介助：最初の数口は、自己摂取だが、すぐに食べなくなるため、残りはすべて介助を行っている。
- ◆ 食事摂取の一部介助：ほとんど自分で摂取するが、器の隅に残ったものについては、介助者がスプーンですくって食べさせている。
- ◆ 感情不安定が「ある」：週 1 回ほど、何の前触れもなく突然泣き出すことがあるが、特に対応はとっていない。
- ◆ 感情不安定が「ある」：ほぼ毎日、何の前触れもなく突然泣き出すことがあり、なだめるのに傍らで 15 分ほどは声かけを行っている。

(2) 頻度から内容を検討する場合

- ◎ 介助の方法を評価する調査項目では、より頻回な状態をもって調査を行うこととされています。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっている場合、常に「全介助」が行われているとは限りません。その場合、要介護認定等基準時間も参考にしつつ、一次判定を変更するかどうか検討する必要があります。
- ◎ また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連の項目については、その頻度に基づいて「ある」「ときどきある」「ない」で評価されますが、頻度には一定の幅があるため、必要に

応じて二次判定（介護の手間にかかる審査判定）で具体的な頻度を確認する必要があります。特記事項の内容から、頻度を確認し、基本調査で推計されたものより、より介護の手間がかかるか、かからないのかについて検討をします。

【特記事項の例】

- ◆ トイレまでの「移動」（5回程／日）など、通常は自力で介助なしで行っているが、食堂（3回／日）及び浴室（週数回）への車いすでの「移動」は、介助が行われている。より頻回の状態から「介助されていない」を選択する。
- ◆ 一人で出たがり目が離せないが「ある」：週1回ほど、一人で玄関から自宅の外に出てしまうため、介護者は毎回のように探しに出ている。
- ◆ 一人で出たがり目が離せないが「ある」：ほぼ毎日、一人で玄関から自宅の外に出てしまうため、介護者は毎回のように探しに出ている。

(3) 要介護認定等基準時間の参照

要介護認定等基準時間は、介護に要する時間を測るための「ものさし」であり、示された時間に応じて要介護状態区分が決まります。要介護認定等基準時間が隣の区分の境界の近くに位置するのか、遠くに位置するのかの相対的位置関係を把握することは介護の手間にかかる審査判定において合議体の中で議論が分かれた場合などに、共通の視点をもつことができるという意味で有用です。

たとえば、要介護3は、要介護認定等基準時間では70分以上90分未満と定義されますが、対象ケースが、71.2分を示すなら、要介護2に近い要介護3とみることができます。逆に88.6分であれば、要介護4に近い要介護3とみることができます。

■コラム■ 行為区分毎の時間の活用方法

■ 申請者の介護の手間のバランスを理解するためのツールとして活用

要介護認定等基準時間は、8つの行為区分（食事・排泄・移動・清潔保持・間接ケア・BPSD関連・機能訓練・医療関連）毎の時間の合計として算出されます。一次判定ソフトが算出する行為区分毎の時間をみれば、どの行為区分により長い／より短い時間が付されているのかを相対的に知ることができます。

一次判定を変更する際に、変更理由となる調査項目に関連性の強い行為区分にどの程度の基準時間が付されているかを知ること、変更の妥当性があるかどうかを確認することができます。

なお、各行為区分に付されうる時間の範囲は、各樹形モデル（樹形モデルは行為区分毎に8枚用意されています。詳細は巻末資料7参照）に記載されています。

■ 一次判定結果を理解するための手がかり（樹形モデルの活用）

一次判定結果は、行為区分毎の時間の合計時間数によって決定されることから、一次判定結果に疑問を感じる場合、いずれかの行為区分の時間が予想以上に長く、または短く算出・表示されていることがあります。理解が困難と感じる行為区分を同定し、その樹形モデルを表示時間の側から遡ることで、その原因（調査結果の選択の誤りなど）を見つけることができることもあります。

■ 3. 介護の手間にかかる審査判定の際の留意点

- ◆ 介護の手間にかかる審査判定にあたっては、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」や「要介護度変更の指標」など、過去の審査判定データを参考指標として参照することができます。
- ◆ 参考指標については、介護認定審査会の開催時に配布するなど常に参照できるようにしておくことが重要です。
- ◆ 新たな要介護認定方法の導入に当たり、介護認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うに当たっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用してください。
- ◆ 議論は、特記事項または主治医意見書に記載された介護の手間の記載に基づいて行ってください。それ以外の情報は、議論の参考にはできませんが、一次判定変更の理由にはなりません。したがって、特記事項または主治医意見書に具体的な介護の手間を読み取ることができない場合は、一次判定を変更することはできません。

(1) 参考指標による妥当性検証**① 日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布**

申請者の障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせと、二次判定後の要介護度の分布を、過去の審査判定結果を統計的に処理した結果に基づき表示した指標です。審査対象者が日常生活自立度の観点から、どのような要介護度に決定されることが多いかについての比率を示していることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができます。

「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したものを示しています。(参考指標データは、巻末の資料8を参照してください。)

② 要介護度変更の指標

要介護度変更の指標は、過去の審査判定において一次判定の変更が行われたケースにおける、特徴的な調査項目の選択状況を、統計的な処理に基づき示したものです。重度変更または軽度変更された審査対象者の調査項目の選択肢の傾向を示しています。過去のデータにおいては、●と○の数の差が3つ以上ある場合に、変更されている場合が多いことがわかっていることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができます。

「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本テキスト発行の後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面の間、本テキストにおいて示すものを使用してください。(参考指標データは、巻末の資料8を参照してください。)

(2) 一次判定変更の理由にならない事項

① 既に一次判定結果に含まれている認定調査項目と主治医意見書の内容

「排泄が一部介助である」、「歩行ができない」等、すでに基本調査で把握されている内容は一次判定に加味されているため変更の理由とすることはできません。ただし、通常の例に比べより介護の手間を多く要する（少なくてすむ）と考えられる内容については、特記事項または主治医意見書の記載をもとに、二次判定（介護の手間にかかる審査）で評価することができます。

② 特記事項・主治医意見書に具体的記載がない（根拠のない）事項

「認知症があるので手間がかかる」等の介護の手間が具体的に記載されていない情報を理由に変更することはできません。変更を行なう場合は、具体的にどのような手間が生じているのかを特記事項または主治医意見書から明らかにする必要があります。

③ 介護の手間にかかる時間とは直接的に関係ない事項

高齢であることや、時間を要するとの記載だけを理由に、変更することはできません。ただし、例えば、高齢であることによって、コンピューターでは反映できない介護の手間が具体的に発生している場合に、それを明らかにした上での変更は可能です。

④ 住環境や介護者の有無

施設・在宅の別、住環境、介護者の有無を変更の理由にはできません。

ただし住環境等が原因でコンピューターでは反映できない、介護の手間が具体的に発生している場合に、それを明らかにした上での変更は可能です。住環境などを概況調査で確認しつつ、具体的な介護の手間を特記事項で確認することで、状況をより正確に把握できる場合があります（エレベーターのないマンションの4階に居住する高齢者が外出に一定の介助が発生している場合など）。

⑤ 本人の希望、現在受けているサービスの状況

本人の希望、現在受けているサービスは、申請者の心身の状況及び介護の手間と直接関係があるものではないため、一次判定の変更理由とすることはできません。

⑥ 過去の審査判定資料及び判定結果

要介護認定は現在の状態に基づいて判定を行う制度であることから、過去の申請結果との比較を理由として変更を行うことは適切ではありません。

過去の判定結果を理由に変更することは、更新申請の申請者と新規申請の申請者と異なる判断基準を設けることになり、公平性を欠いた判定となることに留意する必要があります。

ただし、前回の要介護度と著しく異なる結果が一次判定で示されている場合などに、前回は要介護度の判定理由や、入院歴等を確認すること自体は、問題ありません。（有効期間等を検討する際の参考になることがあります）

32分以上 50分未満

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

32分以上
50分未満

状態の維持・改善可能性にかかる審査判定
(基準時間 32 分以上 50 分未満に相当する者についての判定方法)

■ 1. 基本的な考え方

- 要介護認定等基準時間 32 分以上 50 分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援 2」と「要介護 1」のいずれかが一次判定として介護認定審査会資料に表示されます。
- 表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができます。
- 認知機能の低下、状態の安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を、特記事項及び主治医意見書から明らかにし、これを記録します。

要介護認定等基準時間で 32 分以上 50 分未満が示された場合は、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定、すなわち「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性に関する評価」に基づく「要支援 2」と「要介護 1」の振り分けの判断が必要です。基準時間 32 分以上 50 分未満の場合は、下記の二つの要件のいずれかに該当する場合は「要介護 1」、いずれにも該当しない場合は「要支援 2」となります。

- 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難である場合（目安として認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上）
- 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、要介護度の重度化も短期的に生ずるおそれが高く、概ね 6 か月程度以内に要介護状態等の再評価が必要な場合

一次判定ソフトでは、過去の全国の判定結果に基づき、認定調査項目から、この二つの要件の蓋然性を推計し、その結果を介護認定審査会資料に掲載しています。

ただし、ここで示される結果は、統計に基づく推計値であるため、すべてのケースで、必ずしも実態と整合するとは限りません。必ず介護認定審査会での議論を通じて、特記事項及び主治医意見書の内容を吟味の上、「認知機能の低下」「状態の安定性」についての定義に基づき判定してください。

また、二次判定での変更により、「要介護認定等基準時間が、32 分以上 50 分未満」に相当すると判断した場合も、介護認定審査会資料の推計値と特記事項、主治医意見書の記載を参照し、「認知機能の低下」「状態の安定性」の観点から判定を行ってください。

■ 2. 注意点

- ◆ 「要支援 2」と「要介護 1」は、介護の手間や病状の重篤度、心身機能の低下の度合いで判断されるものではありません。
- ◆ 「状態の安定性」は、病状そのものではなく、介護の手間の増加につながる変化が概ね 6 か月以内に発生するかどうかという視点で検討してください。
- ◆ 「状態不安定」と判断した場合は、概ね 6 か月以内に介護の手間が増大する可能性がある状態であるため、認定有効期間も 6 か月以内に設定するのが適当です。
- ◆ 認知機能や思考・感情等の障害により予防給付等の利用の理解が困難と判断するには、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上であるかどうかを目安としています。しかし、これは、認知症以外の精神疾患等に起因し、予防給付等の利用が困難である場合を排除するという意味ではありません。

判定の際に留意すべき点**① 介護の手間の多少や病状の軽重等のみで判断はしない**

「要支援 2」よりも手間が多くかかる、または、状態が悪いものが「要介護 1」になるものではありません。要介護認定等基準時間を要支援 2、要介護 1 の振り分けの根拠に用いることはありません。同様に、病状が重症であるものが一義的に状態不安定となるわけではありません。

② 主治医意見書の「症状としての安定性」が不安定となっていることのみをもって「状態不安定」とはしない

主治医意見書の「症状としての安定性」に「不安定」との記載があっても、それだけを根拠に状態が不安定と選択判断することはできません。主治医意見書及び認定調査の特記事項をもとに、介護の手間の増大にともない、おおむね 6 か月以内に介護度の再評価が必要かどうかという観点から判断してください。

③ 病名や加療の状況のみで「状態不安定」とはしない

「パーキンソン病」、「透析」等、病名や加療の状況等のみで、「状態不安定」を選択することは適当ではありません。また、日内変動の有無のみで判断するものでもありません。

④ 本人の希望、現在受けているサービスの状況では判断しない

本人の希望、現在受けているサービスの状況は、申請者の認知機能の状況や状態の安定性に直接関係があるものではないため、状態の維持・改善可能性にかかる審査判定の判断根拠とはなりません。

⑤ 「不安定」の意味を拡大解釈しない

「歩行が不安定」、「精神的に不安定」、「95歳で高齢だから不安定」というような、何かしら「不安定」と考えられる要素があることを理由に「状態不安定」を選択することは誤った判断です。あくまで、介護の手間の増大によって要介護度の再評価が短期間（おおむね6ヶ月以内）に必要なかどうかという視点から判定してください。

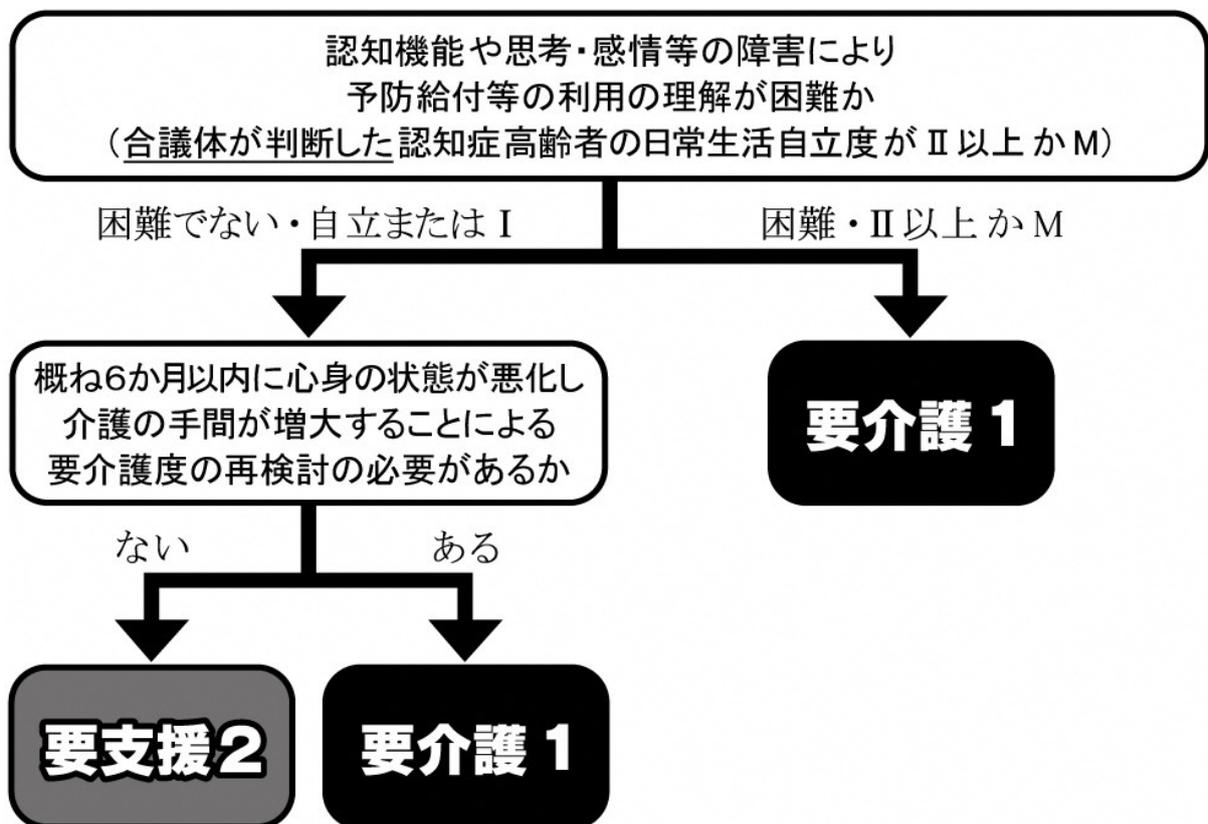
⑥ 介護認定審査会資料の認知症高齢者の日常生活自立度を吟味する

認定調査員は、認知症に関する医学的知識を必ずしも持ち合わせているとは限りません。また、主治医も患者の自宅での生活について限定された情報しか把握していない場合があります。

したがって、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要です。その上で介護認定審査会資料に提示された「認知機能の評価結果」及び特記事項、主治医意見書の記載内容をもとに、予防給付等の利用の理解が困難かどうか、総合的に判定する必要があります。

平成21年度の認定調査から、申請者のより詳細な認知症に関する情報を調査員から伝えていただけるように、認知症高齢者の日常生活自立度についても特記事項を記載する欄を設けることとしました。こうした情報についても留意し、審査判定をしてください。

図表 6 要支援2・要介護1の振り分け方



STEP 3

介護認定審査会として付する意見

STEP 3

介護認定審査会として付する意見

■ 1. 基本的な考え方

介護認定審査会では、要介護状態等区分の決定後、特に必要と考えられる場合には、以下の2点に関する意見を介護認定審査会の意見として付することができます。

【介護認定審査会として付すことのできる意見】

- 認定の有効期間を原則より短くあるいは長くする
- 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見（特に、実際に行われている介助が不適切な場合の療養についての意見）

被保険者の状態と要介護状態等区分に即した意見を付すことにより、要介護状態等区分の決定だけでは対応できない被保険者個々人に固有の状況に対応することができます。

異なる分野の有識者の集合体である介護認定審査会には、必要な場合にこれらの意見を付すことで、被保険者にとってよりよいサービス給付がなされるように配慮することが求められていると考えられます。

■ 2. 認定の有効期間

(1) 基本的な考え方と認定有効期間の原則

「STEP2」において要介護状態等区分が決定した段階で、それぞれの条件に応じた原則の認定有効期間も定められます。しかし、現在の状況がどの程度続くかという判断に基づき、認定有効期間を原則より短く、または長くすることができます。

要介護認定の有効期間は、原則として以下のように定められていますが、介護認定審査会では、すべてのケースで適切な有効期間の検討が必要です。

要介護状態区分の長期間にわたる固定は、時として被保険者の利益を損なうことがあります。例えば介護の手間の改善がみられるにもかかわらず、同じ要介護状態区分で施設入所が継続されれば、利用者は不要な一部負担を支払い続けることになるといったことが挙げられます。また、一部の居宅介護サービスの利用においても同様の状況が起こりえます。

適切な有効期間を設定することは、保険財政、利用者負担等の観点から重要なことです。

図表 7 有効期間の原則

申請区分等	原則の 認定有効期間	設定可能な 認定有効期間の範囲
新規申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
区分変更申請	6ヶ月	3ヶ月～12ヶ月
更新申請※	要介護度が更新前後で異なる	3ヶ月～36ヶ月
	要介護度が更新前後で同じ	3ヶ月～48ヶ月

※ 状態不安定による要介護1の場合は、6ヶ月以下の期間に設定することが適当です。

認定有効期間を原則より短期間に定めるのは、原則の有効期間が満了する前に現在の要介護状態区分が変化すると考えられる場合で、以下の状況が該当します。

- ◆ 審査対象者の身体上又は精神上的の障害の程度が6ヶ月以内において変動しやすい状態にあると考えられる場合（状態の維持・改善可能性の審査判定で「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」とし、要介護1と判定したものを含む）
- ◆ 施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ◆ その他、介護認定審査会が特に必要と認める場合

認定有効期間を原則より長期間に定めるのは、原則の有効期間よりも長期間に渡り現状の要介護状態区分が変化しないと考えられる場合で、以下の状況が該当します。

- ◆ 審査対象者の身体上または精神上の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ◆ 長期間にわたり、審査判定時の状況が変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ◆ その他、介護認定審査会が特に必要と認める場合

(2) 議論のポイント

認定有効期間をより短く、または長く定める上での議論のポイントについて以下に示します。なお、これらは、一例であり、認定有効期間の議論においては、これら以外の議論を妨げるものではありません。

① 入退院の直後、リハビリテーション中など特殊な状況がある場合

介護保険制度は、心身の状態が安定した段階で申請を行なうことを前提としていますが、申請者によっては、入院中や退院直後に申請を行なうケースもみられます。特に主治医意見書の内容などから、急速な変化が見込まれる場合は、要介護度や申請区分に限らず、短期間での有効期間を検討します。

② 急速に状態が変化している場合

前回の要介護度から大幅に悪化している場合など、心身の状態の急速な変化が認められる場合は、有効期間について慎重に検討します。急速な変化の原因が、特記事項、概況調査、主治医意見書から明らかにならない場合は、事務局に事前に問い合わせるなど、要介護状態区分が今後どのように変化するかを知る手がかりを得ることが重要です。

③ 長期間にわたり状態が安定していると考えられる場合

長期間にわたり、審査判定時の状況が変化しないと考えられる場合は、認定有効期間を延長することができます。たとえば、同一の施設に長期間入所し、介護の手間に大きな変化が生じていない場合等があげられます。

■ 3. 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見

(1) 基本的な考え方

介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意

見を付してください。

「介助の方法」の項目で、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であるとして、認定調査員が考える適切な介助の方法を選択した場合は、適切な介助の方法について意見を付することもできます。

ケアプランを作成する介護支援専門員は、必ずしも保健・医療・福祉のすべての分野に精通しているわけではありません。これらの有識者の集合体である合議体の視点から見て、特に必要である療養に関して意見を述べることで、被保険者にとってよりよいサービスが提供されることが期待されています。特に、実際に行われている介助が不適切な場合、療養に関する意見を付してください。

なお、介護認定審査会は意見を述べることはできますが、サービスの種類を直接に指定することはできません。

【例】

- 認知症の急激な悪化が見込まれるため、早急に専門医の診察を受けることが望ましい。
- えん下機能の低下が見られるため、口腔機能向上加算がされている通所介護サービスを利用することが望ましい。

(2) 療養についての意見が介護認定審査会から提示された場合の市町村の対応

「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」が付された場合、その意見に基づき、市町村はサービスの種類を指定することができます。ただし、市町村がサービスの種別を指定すると、申請者は指定されたサービス以外は利用できなくなるため、申請者の状況について慎重に検討する必要があります。

種類の指定にあたっては「通所リハビリテーションを含む居宅サービス」等、複数のサービスを組み合わせでの指定が可能です。

特に、実際に行われている介助が不適切な場合や介護認定審査会から療養についての意見が付された場合に、市町村は介護支援専門員と連絡を取り、適切に介護が提供されるように努めることが重要です。

図表 8 介護認定審査会資料

取扱注意

介護認定審査会資料

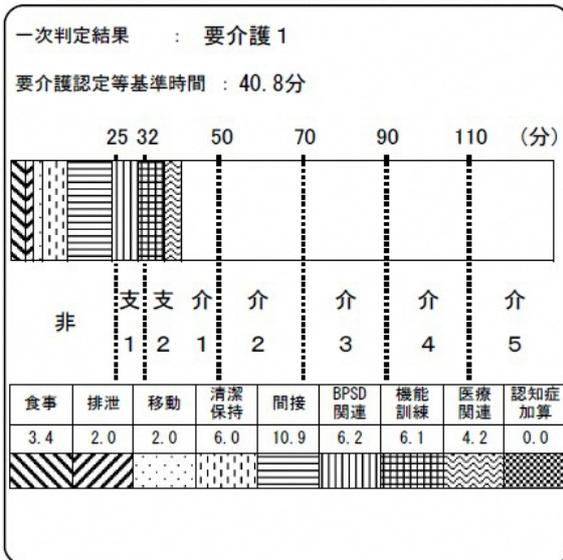
平成20年12月16日 作成
 平成20年12月 1日 申請
 平成20年12月 5日 調査
 平成20年12月22日 審査

合議体番号： 000001 No. 1

被保険者区分： 第1号被保険者 年齢： 85歳 性別： 男 現在の状況： 居宅（施設利用なし）
 申請区分： 新規申請 前回要介護度： なし 前回認定有効期間： 月間

1 一次判定等

（この分数は、実際のケア時間を示すものではない）



警告コード:

3 中間評価項目得点

第1群	第2群	第3群	第4群	第5群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

4 日常生活自立度

障害高齢者自立度 : J 2
 認知症高齢者自立度 : I

5 認知機能・状態の安定性の評価結果

認知症高齢者の日常生活自立度
 認定調査結果 : I
 主治医意見書 : II a
 認知症自立度II以上の蓋然性 : 81.9%
 状態の安定性 : 安定
 給付区分 : 介護給付

6 現在のサービス利用状況(なし)

2 認定調査項目

	調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作		
1. 麻痺 (左一上肢) (右一上肢) (左一下肢) (右一下肢) (その他)	ある ある	- - - -
2. 拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)	-	- - -
3. 寝返り	つかまれば可	-
4. 起き上がり	つかまれば可	-
5. 座位保持	自分で支えれば可	-
6. 両足での立位	支えが必要	-
7. 歩行	つかまれば可	-
8. 立ち上がり	つかまれば可	-
9. 片足での立位	支えが必要	-
10. 洗身	-	-
11. つめ切り	-	-
12. 視力	-	-
13. 聴力	-	-
第2群 生活機能		
1. 移乗	-	-
2. 移動	-	-
3. えん下	-	-
4. 食事摂取	-	-
5. 排尿	-	-
6. 排便	-	-
7. 口腔清潔	-	-
8. 洗顔	-	-
9. 整髪	-	-
10. 上衣の着脱	-	-
11. スポン等の着脱	-	-
12. 外出頻度	-	-
第3群 認知機能		
1. 意思の伝達	-	-
2. 毎日の日課を理解	-	-
3. 生年月日をいう	-	-
4. 短期記憶	-	-
5. 自分の名前をいう	-	-
6. 今の季節を理解	-	-
7. 場所の理解	-	-
8. 徘徊	-	-
9. 外出して戻れない	-	-
第4群 精神・行動障害		
1. 被害的	-	-
2. 作話	-	-
3. 感情が不安定	-	-
4. 昼夜逆転	-	-
5. 同じ話をする	-	-
6. 大声を出す	-	-
7. 介護に抵抗	-	-
8. 落ち着きなし	-	-
9. 一人で出たがる	-	-
10. 収集癖	-	-
11. 物や衣類を壊す	-	-
12. ひどい物忘れ	ある	-
13. 独り言・独り笑い	-	-
14. 自分勝手に行動する	-	-
15. 話がまとまらない	ときどきある	-
第5群 社会生活への適応		
1. 薬の内服	一部介助	-
2. 金銭の管理	一部介助	-
3. 日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4. 集団への不適応	-	-
5. 買い物	見守り等	-
6. 簡単な調理	全介助	-

<特別な医療>

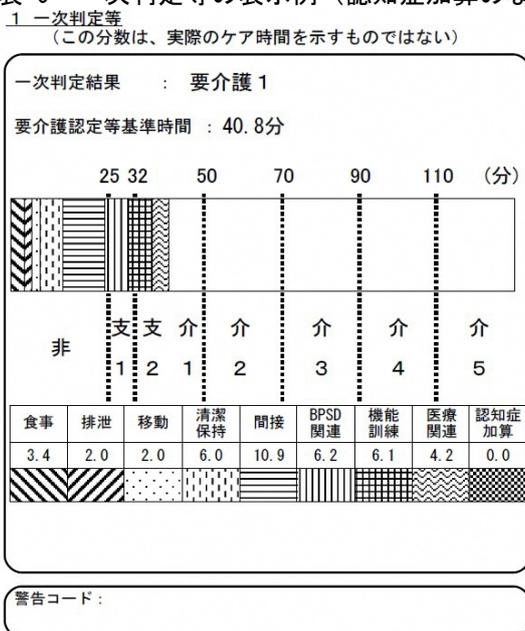
点滴の管理 : 気管切開の処置 :
 中心静脈栄養 : 疼痛の看護 :
 透析 : 経管栄養 :
 ストーマの処置 : モニター測定 :
 酸素療法 : じょくそうの処置 :
 レスビレーター : カテーテル :

介護認定審査会においては、一次判定結果が記載されている介護認定審査会資料は、基本的に図表8の様式で提示されます。本資料に示される一次判定結果や各指標については、以下のとおりです。

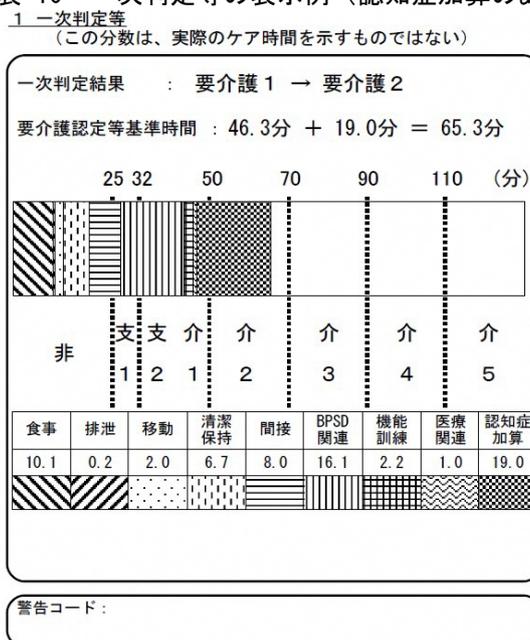
介護認定審査会資料に表示される項目は、必ずしもすべてが審査に直接影響するものばかりではありません。一次判定結果を導出する際に算出される途上での値や参考情報も記載されています。表示されている項目それぞれの意味を理解した上で情報を活用してください。

■ 1. 一次判定等

図表9 一次判定等の表示例（認知症加算のない場合）



図表10 一次判定等の表示例（認知症加算のある場合）



(1) 一次判定結果

認定調査結果に基づき算出された要介護認定等基準時間等により、「非該当」、「要支援 1」、「要支援 2」、「要介護 1」、「要介護 2」、「要介護 3」、「要介護 4」、「要介護 5」のいずれかが表示されます。

図表 11 要介護状態区分等と要介護認定等基準時間との関係

区分	要介護認定等基準時間
非該当	25 分未満
要支援 1	25 分以上 32 分未満
要支援 2・要介護 1	32 分以上 50 分未満
要介護 2	50 分以上 70 分未満
要介護 3	70 分以上 90 分未満
要介護 4	90 分以上 110 分未満
要介護 5	110 分以上

(2) 要介護認定等基準時間

要介護認定は、「介護の手間」の多寡により要介護度を判定するものです。要介護認定等基準時間は、その人の「能力」、「介助の方法」、「(障害や現象の) 有無」から統計データに基づき推計された介護に要する時間（介護の手間）を「分」という単位で表示したものです。この時間に基づいて一次判定の要介護度が決定されます。

これらの時間は、実際のケア時間を示すものではありませんが、各行為ごとの介護の手間が相対的にどの程度かかっているかを示しており、またこれにより一次判定ソフトがどの行為により多くの介護時間を要すると判断しているかを知ることができます。

図表 12 行為区分毎の時間が表す行為

直接生活介助	入浴、排泄、食事等の介護
間接生活介助	洗濯、掃除等の家事援助等
BPSD 関連行為	徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
機能訓練関連行為	歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練
医療関連行為	輸液の管理、じょくそうの処置等の診療の補助等

※ 直接生活介助については、食事、排泄、移動、清潔保持にわけて推計されます。

要介護認定等基準時間は、日常生活における 8 つの生活場面ごとの行為（「食事」、「排泄」、「移動」、「清潔保持」、「間接生活介助」、「BPSD 関連行為」、「機能訓練関連行為」、「医療関連行為」）の区分毎の時間と「認知症加算」の時間の合計となっています。各区分ごとの時間は、巻末の資料 7 の樹形モデルに基づいて算出されます。

介護認定審査会資料では、帯グラフで、行為区分ごとの時間が表示されるようになっていま
す。

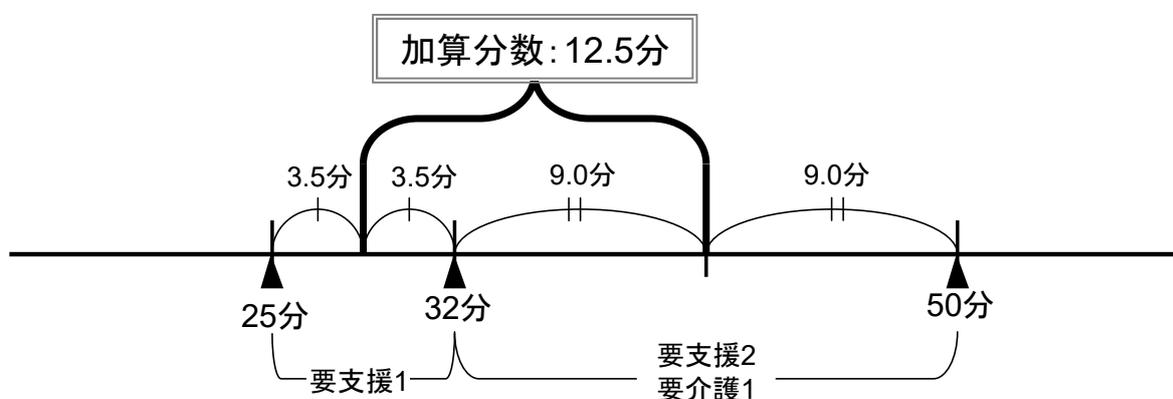
(3) 認知症加算

運動能力の低下していない認知症高齢者に関しては、過去の全国での審査データを分析し、
得られた結果に基づき、時間（＝介護の手間）を加算して表示する形式になっています。

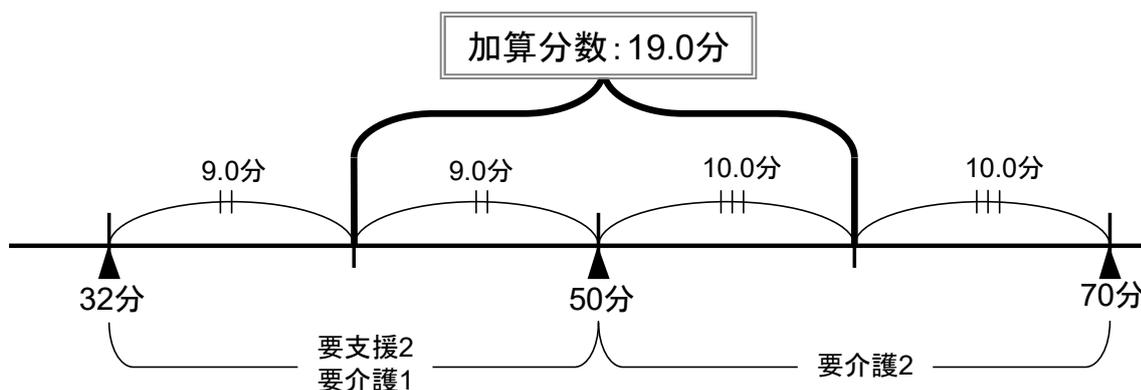
前出の図表 10 の例では認知症加算時間 19.0 分が加算され、一次判定は「要介護 2」として取
り扱います。

従来は、レ点で表示されていた項目です。

図表 13 要支援 1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



図表 14 要支援 2・要介護 1 から認知症加算が行われる場合の加算分数の算出の考え方



運動能力の低下していない認知症高齢者の指標については、平成 15 年度の認定ロジックの改
訂の際に導入された考え方です。運動能力の低下していない認知症高齢者であって、過去のデ
ータから、介護認定審査会の審査を経ることで、要介護認定等基準時間で示された要介護状態
区分より高い区分の判定がされるグループについての特性を同定し、その特性がある高齢者に
は介護認定審査会資料に“レ”のマークを表示し、その数に応じて要介護状態区分を一段階、
ないし二段階上げる判定を行っていたものです。「レ点の制度」と呼ばれることがあります。

そもそも、要介護認定の審査判定では、要介護認定等基準時間を基本として、通常の例に比
べてより長い（短い）時間を介護に要するかどうかの判断に基づいて行うこととされています

が、レ点の制度では、運動能力の低下していない認知症高齢者の評価が要介護状態区分の段階で加味されてしまうため、評価後の要介護認定等基準時間が意味を失ってしまうという問題がありました。

平成 21 年度からは、要介護認定等基準時間の観点に基づき介護の手間について特記事項および主治医意見書から議論する審査判定原則に立ち返ることを目的として、従来のレ点の制度のような一段階ないし二段階繰り上がる方式から、認知症加算として、基準時間を積み足す方式に改め、要介護認定等基準時間の考え方との整合を図りました。

樹形モデルから算出された時間から導き出される要介護状態区分が必ず繰り上がるように、隣り合う要介護状態区分の境目の分数の中間点の差を積み足す分数としています(図表 13 及び 14)。

なお、運動能力が低下していない認知症高齢者のケア時間の加算がされるケースの決定方法は資料 5 を参照してください。

(4) 警告コード

一次判定ソフトに認定調査結果が入力された際、異なる 2 つ以上の調査項目において、同時に出現することがまれな組み合わせがあった場合に、入力上のミスがないかどうかを確認していただくために表示されます。

審査会事務局による事前の資料確認作業や一次判定の修正・確定作業において活用することができます。

警告コードの一覧は巻末の資料 4 を参照してください。

■ 2. 認定調査項目

(1) 62 項目の認定調査結果

1 群から 5 群までの 62 項目の認定調査の各項目に関する調査結果が表示されます。

認定調査項目は、「能力で評価する調査項目」、「介助の方法で評価する調査項目」、「有無で評価する調査項目」の 3 種類があり、それぞれの調査結果が表示されます。ただし、現在の調査結果の欄には「介助されていない」、「できる」、「ない」、「普通」、「週 1 回以上」の場合は表示がされません。

前回結果は、今回の調査結果と異なる項目のみが表示されます。(「介助されていない」、「できる」、「ない」、「普通」、「週 1 回以上」の場合でも、現状と異なる場合は表示されます。)

これらの項目は、一次判定ソフトで要介護認定等基準時間を算出するための入力データであるため、介護の手間については、要介護認定等基準時間として、既に盛り込まれているものです。各群の選択肢の多寡などから介護の手間にかかる審査判定で一次判定の変更の理由とするのは適切ではありません。

図表 15 認定調査項目の表示例

		調査結果	前回結果
第1群 身体機能・起居動作			
1.	麻痺 (左-上肢) (右-上肢) (左-下肢) (右-下肢) (その他)	ある ある	- - - - -
2.	拘縮 (肩関節) (股関節) (膝関節) (その他)		- - - -
3.	寝返り	つかまれば可	-
4.	起き上がり	つかまれば可	-
5.	座位保持	自分で支えれば可	-
6.	両足での立位	支えが必要	-
7.	歩行	つかまれば可	-
8.	立ち上がり	つかまれば可	-
9.	片足での立位	支えが必要	-
10.	洗身		-
11.	つめ切り		-
12.	視力		-
13.	聴力		-
第2群 生活機能			
1.	移乗		-
2.	移動		-
3.	えん下		-
4.	食事摂取		-
5.	排尿		-
6.	排便		-
7.	口腔清潔		-
8.	洗顔		-
9.	整髪		-
10.	上衣の着脱		-
11.	ズボン等の着脱		-
12.	外出頻度		-
第3群 認知機能			
1.	意思の伝達		-
2.	毎日の日課を理解		-
3.	生年月日をいう		-
4.	短期記憶		-
5.	自分の名前をいう		-
6.	今の季節を理解		-
7.	場所の理解		-
8.	徘徊		-
9.	外出して戻れない		-
第4群 精神・行動障害			
1.	被害的		-
2.	作話		-
3.	感情が不安定		-
4.	昼夜逆転		-
5.	同じ話をする		-
6.	大声を出す		-
7.	介護に抵抗		-
8.	落ち着きなし		-
9.	一人で出たがる		-
10.	収集癖		-
11.	物や衣類を壊す		-
12.	ひどい物忘れ	ある	-
13.	独り言・独り笑い		-
14.	自分勝手に行動する		-
15.	話がまとまらない	ときどきある	-
第5群 社会生活への適応			
1.	薬の内服	一部介助	-
2.	金銭の管理	一部介助	-
3.	日常の意思決定	特別な場合以外可	-
4.	集団への不適応		-
5.	買い物	見守り等	-
6.	簡単な調理	全介助	-

(2) 特別な医療

12項目の特別な医療が行われている場合、調査項目に「ある」と表示されます。特別な医療の項目が「ある」場合、医療行為ごとに定められた分数が、行為区分毎の時間の「医療関連行為」の項目に加算されます。（「医療関連行為」の行為区分毎の時間は、樹形モデルに従って算出された時間に特別な医療の時間を加算した値が表示されます。）

特別な医療に関しては、前回の調査結果は表示されません。

図表 16 特別な医療の表示例

〈特別な医療〉

点滴の管理	:	気管切開の処置	:
中心静脈栄養	:	疼痛の看護	:
透析	:	経管栄養	:
ストーマの処置	:	モニター測定	:
酸素療法	:	じょくそうの処置	:
レスピレーター	:	カテーテル	:

■ 3. 中間評価項目得点

認定調査項目の各群においてそれぞれ、最高 100 点、最低 0 点となるように、各群内の選択の結果に基づき表示されます。（算出の方法は資料 3 を参照）

この数値は、群ごとに評価される機能・行動等に関する特徴を示しています。中間評価項目得点は、樹形モデルの中での分岐時の基準に使用されますが、直接的に介護の手間を示す指標ではないため、この値の大小のみをもって要介護度を推測することはできません。したがって、介護認定審査会で、一次判定の変更の理由にすることは適当ではありません。

また、調査項目は群ごとにそれぞれ異なる重みづけにより計算されているため、各群の得点の比較や、加減乗除して得られる値は意味をなしません。

図表 17 中間評価項目得点表の表示例

第 1 群	第 2 群	第 3 群	第 4 群	第 5 群
82.1	100.0	100.0	92.6	48.4

■ 4. 日常生活自立度

認定調査結果の日常生活自立度が表示されています（主治医意見書に記載されているものではありません）。

一次判定ソフトでは、運動能力の低下していない認知症高齢者の加算と状態の維持・改善可能性にかかる審査（要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満に相当する者の判定）の際に利用されています。

図表 18 日常生活自立度の表示例

障害高齢者自立度	: J 2
認知症高齢者自立度	: I

■ 5. 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示

要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満のものを「要支援 2」と「要介護 1」へ振り分ける際に参照します。

平成 18 年の制度改正では、予防給付の導入に伴い、介護認定審査会の判断により、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」又は「認知機能や思考・感情等の障害により十分な説明を行ってもなお、予防給付の利用に係る適切な理解が困難である状態」のみを「要介護 1」と判定していました。

平成 21 年度改正では、基本的な振り分けの考え方は継続し、認知症自立度 II 以上の蓋然性、状態の安定性の推計結果を一次判定ソフトが推計し、「要介護 1」と判定する際の上記 2 つの状態像を推測し、その結果を判定の参考となるように表示したものです。

図表 19 認知機能・状態の安定性の評価結果の表示例

認知症高齢者の日常生活自立度	
認定調査結果	: I
主治医意見書	: II a
認知症自立度 II 以上の蓋然性	: 81.9%
状態の安定性	: 安定
給付区分	: 介護給付

(1) 認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果と主治医意見書の日常生活自立度が表示されます。

(2) 認知症自立度 II 以上の蓋然性

認知症高齢者の日常生活自立度が認定調査、主治医意見書で、一方が「自立または I」、他方が「II 以上」と異なる場合に表示されます。

認定調査の結果及び主治医意見書の結果から推定された認知症高齢者の日常生活自立度が「II 以上」である蓋然性が表示されます。

図表 19 の例では「II 以上」であることが 81.9%確からしいことを示しています。

(3) 状態の安定性

「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」について、認定調査項目の結果から、「安定」と「不安定」のいずれかを一次判定ソフトで推計し、結果を表示します。(ロジックに関しては資料6を参照)

(4) 給付区分

認知症高齢者の日常生活自立度を含む認定調査の結果および主治医意見書から、状態の維持・改善可能性を評価し、「予防給付」と「介護給付」のいずれかの給付区分が表示されます。また、ここで評価された給付区分に基づき、一次判定での「要支援2」または「要介護1」の表示がなされます。

■ 6. サービスの利用状況

認定調査を行った月のサービス利用状況が表示されます。現在受けている給付区分が「予防給付」であるか「介護給付」であるかによって表示される内容が異なります。

なお、当該月のサービス利用状況が通常と異なる場合は、認定調査を行った日の直近の月のサービス利用状況が表示されます。

サービスの利用状況はあくまで参考情報であり、サービスを利用している者としていない者で、判断が異なる審査では、公平性が担保できないため、この情報を一次判定変更の根拠に用いることは認められていません。

図表 20 サービス利用状況の表示例

6 現在のサービス利用状況 (介護給付)

訪問介護 (ホームヘルプ)	: 0 回 / 月
訪問入浴介護	: 0 回 / 月
訪問看護	: 0 回 / 月
訪問リハビリテーション	: 0 回 / 月
居宅療養管理指導	: 0 回 / 月
通所介護 (デイサービス)	: 0 回 / 月
通所リハビリテーション	: 0 回 / 月
短期入所生活介護 (ショートステイ)	: 0 日 / 月
短期入所療養介護	: 0 日 / 月
特定施設入居者生活介護	: 0 日 / 月
福祉用具貸与	: 0 品目
特定福祉用具販売	: 0 品目/6月間
住宅改修	: なし
夜間対応型訪問介護	: 0 日 / 月
認知症対応型通所介護	: 0 日 / 月
小規模多機能型居宅介護	: 0 日 / 月
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	: 0 日 / 月
地域密着型特定施設入居者生活介護	: 0 日 / 月
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	: 0 日 / 月
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	: 回 / 月
看護小規模多機能型居宅介護	: 日 / 月

6 現在のサービス利用状況 (予防給付・総合事業)

介護予防訪問介護 (ホームヘルプ)・訪問型サービス	: 0 回 / 月
介護予防訪問入浴介護	: 0 回 / 月
介護予防訪問看護	: 0 回 / 月
介護予防訪問リハビリテーション	: 0 回 / 月
介護予防居宅療養管理指導	: 0 回 / 月
介護予防通所介護 (デイサービス)・通所型サービス	: 0 回 / 月
介護予防通所リハビリテーション	: 0 回 / 月
介護予防短期入所生活介護 (ショートステイ)	: 0 日 / 月
介護予防短期入所療養介護	: 0 日 / 月
介護予防特定施設入居者生活介護	: 0 日 / 月
介護予防福祉用具貸与	: 0 品目
特定介護予防福祉用具販売	: 0 品目/6月間
住宅改修	: あり
介護予防認知症対応型通所介護	: 0 日 / 月
介護予防小規模多機能型居宅介護	: 0 日 / 月
介護予防認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	: 0 日 / 月

■ 1. 特別な医療

図表 21 特別な医療における時間

区分	番号	項目名	時間(単位:分)
処置内容	1	点滴の管理	8.5
	2	中心静脈栄養	8.5
	3	透析	8.5
	4	ストーマの処置	3.8
	5	酸素療法	0.8
	6	レスピレーター	4.5
	7	気管切開の処置	5.6
	8	疼痛の看護	2.1
	9	経管栄養	9.1
特別な対応	10	モニター測定	3.6
	11	じょくそうの処置	4.0
	12	カテーテル	8.2

■ 2. 麻痺の種類

図表 22 麻痺の種類

番号	調査項目における選択肢				麻痺の種類
	左上肢	右上肢	左下肢	右下肢	
1	ない	ない	ない	ない	ない
2	ある	ない	ない	ない	いずれか一肢のみ
3	ない	ある	ない	ない	いずれか一肢のみ
4	ない	ない	ある	ない	いずれか一肢のみ
5	ない	ない	ない	ある	いずれか一肢のみ
6	ある	ある	ない	ない	その他の四肢の麻痺
7	ある	ない	ある	ない	左上下肢あるいは右上下肢のみ
8	ある	ない	ない	ある	その他の四肢の麻痺
9	ない	ある	ある	ない	その他の四肢の麻痺
10	ない	ある	ない	ある	左上下肢あるいは右上下肢のみ
11	ない	ない	ある	ある	両下肢のみ
12	ある	ある	ある	ない	その他の四肢の麻痺
13	ある	ある	ない	ある	その他の四肢の麻痺
14	ある	ない	ある	ある	その他の四肢の麻痺
15	ない	ある	ある	ある	その他の四肢の麻痺
16	ある	ある	ある	ある	その他の四肢の麻痺

■ 3. 中間評価項目得点

図表 23 中間評価項目得点

1 身体機能 起居動作	麻痺の種類	ない	6.5	いずれか一肢のみ	5.5	両下肢のみ	3.9	左上下肢あるいは 右上下肢	3.3	その他の 四肢の麻痺	0
	拘縮(肩関節)	ない	2.3	ある	0						
	拘縮(股関節)	ない	2.7	ある	0						
	拘縮(膝関節)	ない	1.1	ある	0						
	寝返り	できる	9.0	つかまれば可	6.5	できない	0				
	起き上がり	できる	8.8	つかまれば可	6.7	できない	0				
	座位保持	できる	10.0	自分で支えれば可	8.4	支えが必要	4.7	できない	0		
	両足での立位	できる	8.7	支えが必要	6.2	できない	0				
	歩行	できる	7.6	つかまれば可	5.5	できない	0				
	立ち上がり	できる	9.7	つかまれば可	7.1	できない	0				
	片足での立位	できる	7.3	支えが必要	5.4	できない	0				
	洗身	介助されていない	6.2	一部介助	4.4	全介助	0	行っていない	0		
	つめ切り	介助されていない	4.1	一部介助	2.8	全介助	0				
2 生活機能	視力	普通	5.2	1m先が見える	4.0	目の前が見える	2.9	ほとんど見えず	0	判断不能	0
	聴力	普通	10.8	やっと聞こえる	10.6	大声が聞こえる	9.8	ほとんど聞こえず	9.0	判断不能	0
	移乗	介助されていない	9.1	見守り等	6.9	一部介助	3.5	全介助	0		
	移動	介助されていない	8.1	見守り等	6.4	一部介助	3.7	全介助	0		
	えん下	できる	10.2	見守り等	7.2	できない	0				
	食事摂取	介助されていない	9.8	見守り等	6.8	一部介助	4.6	全介助	0		
	排尿	介助されていない	7.2	見守り等	5.9	一部介助	5.1	全介助	0		
	排便	介助されていない	7.2	見守り等	5.7	一部介助	4.9	全介助	0		
	口腔清潔	介助されていない	9.3	一部介助	5.2	全介助	0				
	洗顔	介助されていない	9.0	一部介助	5.1	全介助	0				
	整髪	介助されていない	7.9	一部介助	4.1	全介助	0				
	上衣の着脱	介助されていない	9.4	見守り等	8.0	一部介助	5.7	全介助	0		
	ズボン等の着脱	介助されていない	8.7	見守り等	7.3	一部介助	5.4	全介助	0		
外出頻度	週1回以上	4.1	月1回以上	3.4	月1回未満	0					
3 認知機能	意思の伝達	できる	17.7	ときどきできる	12.5	ほとんど不可	4.2	できない	0		
	毎日の日課を理解	できる	7.6	できない	0						
	生年月日をいう	できる	11.3	できない	0						
	短期記憶	できる	7.0	できない	0						
	自分の名前をいう	できる	16.3	できない	0						
	今の季節を理解	できる	9.1	できない	0						
	場所の理解	できる	11.6	できない	0						
	徘徊	ない	9.5	ときどきある	2.7	ある	0				
	外出して戻れない	ない	9.9	ときどきある	4.7	ある	0				
	被害的	ない	7.0	ときどきある	3.2	ある	0				
4 精神 行動障害	作話	ない	8.2	ときどきある	3.4	ある	0				
	感情が不安定	ない	5.0	ときどきある	2.5	ある	0				
	昼夜逆転	ない	4.2	ときどきある	1.9	ある	0				
	同じ話をする	ない	4.9	ときどきある	3.0	ある	0				
	大声をだす	ない	7.0	ときどきある	2.8	ある	0				
	介護に抵抗	ない	6.1	ときどきある	2.4	ある	0				
	落ち着きなし	ない	7.8	ときどきある	2.1	ある	0				
	一人で出たがる	ない	8.7	ときどきある	2.3	ある	0				
	収集癖	ない	8.3	ときどきある	1.6	ある	0				
	物や衣類を壊す	ない	10.7	ときどきある	2.3	ある	0				
	ひどい物忘れ	ない	4.0	ときどきある	3.3	ある	0				
	独り言・独り笑い	ない	6.5	ときどきある	2.3	ある	0				
	自分勝手に行動する	ない	6.3	ときどきある	3.0	ある	0				
話がまとまらない	ない	5.3	ときどきある	1.9	ある	0					
5 社会生活の 適応	薬の内服	介助されていない	21.2	一部介助	9.9	全介助	0				
	金銭の管理	介助されていない	18.2	一部介助	9.5	全介助	0				
	日常の意思決定	できる	22.5	特別な場合を除いて できる	13.7	日常的に困難	5.5	できない	0		
	集団への不適応	ない	6.1	ときどきある	1.8	ある	0				
	買い物	介助されていない	16.6	見守り等	9.2	一部介助	7.4	全介助	0		
簡単な調理	介助されていない	15.4	見守り等	9.0	一部介助	8.6	全介助	0			

■ 4. 警告コード

「警告コード」とは、一次判定ソフトに認定調査結果が入力された際、異なる2つの調査項目において、同時に出現することが不自然であると思われる、「まれな組み合わせ」があった場合に、入力上のミスがないかどうかを確認するために、介護認定審査会資料に表示されるものです。

ただし、警告コードが表示されない場合でも、高齢者の状態として不自然な組み合わせは発生しえます。不自然な組み合わせが残ったまま二次判定を行うと、特記事項からイメージされる状態と一次判定結果が不整合であると感じる場合があります。一見すると不自然な組み合わせでも、実際にありうる組み合わせも存在することから、無理に整合性を取る必要はありませんが、そうした不整合の発生が審査上のポイントとなる場合も多く、常に留意すべきです。

また、この不整合の原因となる不自然な組み合わせの内容をよく吟味せずに二次判定で整合性をとるといった手続きを行うと、一次判定ソフトの導出する結果はおかしいとの誤解を抱く場合もあります。このように、ソフトに入力する情報である基本調査の選択自体に誤りがあって、それによりソフト自体の信頼性を低下させているといった事例が多く見られます。このような事態の防止のためにも不自然な組み合わせを事前に確認することは重要です。

図表 24 警告コード

警告コード	説明
01	「1-3 寝返り」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
02	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
03	「1-4 起き上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
04	「1-5 座位保持」が「3.支えが必要」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
05	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-6 両足での立位」が「1.できる」
06	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
07	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
08	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
09	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「1-10 洗身」が「1.介助されていない」
10	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-7 歩行」が「1.できる」
11	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
12	「1-6 両足での立位」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
13	「1-7 歩行」が「1.できる」にもかかわらず、「2-1 移乗」が「4.全介助」
14	「1-7 歩行」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
15	「2-1 移乗」が「4.全介助」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
16	「1-8 立ち上がり」が「3.できない」にもかかわらず、「1-9 片足での立位」が「1.できる」
17	「2-3 えん下」が「3.できない」にもかかわらず、「2-4 食事摂取」が「1.介助されていない」
18	「2-3 えん下」が「3.できない」にもかかわらず、「5-1 薬の内服」が「1.介助されていない」
19	「1-11 つめ切り」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-11 物や衣服を壊す」が「3.ある」
20	「5-1 薬の内服」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-11 物や衣服を壊す」が「3.ある」
21	「5-2 金銭の管理」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「3-8 徘徊」が「3.ある」

22	「5-2 金銭の管理」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-9 一人で出たがる」が「3.ある」
23	「5-2 金銭の管理」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-10 収集癖」が「3.ある」
24	「5-2 金銭の管理」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「4-11 物や衣服を壊す」が「3.ある」
25	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「3-1 意思の伝達」が「1.できる」
26	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「3-1 意思の伝達」が「1.できる」
27	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、第3群の「3-2 毎日の日課を理解」「3-3 生年月日をいう」「3-4 短期記憶」「3-5 自分の名前をいう」「3-6 今の季節を理解」「3-7 場所の理解」の6項目がいずれも「1.できる」
28	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、第3群の「3-2 毎日の日課を理解」「3-3 生年月日をいう」「3-4 短期記憶」「3-5 自分の名前をいう」「3-6 今の季節を理解」「3-7 場所の理解」の6項目がいずれも「1.できる」
29	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「5-3 日常の意思決定」が「1.できる」
30	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「5-3 日常の意思決定」が「1.できる」
31	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-6 排便」が「1.介助されていない」
32	「3-1 意思の伝達」が「4.できない」にもかかわらず、「5-3 日常の意思決定」が「1.できる」
33	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-5 排尿」が「1.介助されていない」
34	「1-13 聴力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-2 移動」が「1.介助されていない」
35	「4-11 物や衣類を壊す」が「3.ある」にもかかわらず、「5-3 日常の意思決定」が「1.できる」
36	「3-5 自分の名前を言う」が「2.できない」にもかかわらず、「5-3 日常の意思決定」が「1.できる」
37	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-6 排便」が「1.介助されていない」
38	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-5 排尿」が「1.介助されていない」
39	「1-12 視力」が「5.判断不能」にもかかわらず、「2-2 移動」が「1.介助されていない」
40	「1-5 座位保持」が「4.できない」にもかかわらず、「5-5 買い物」が「1.介助されていない」
41	「2-8 洗顔」が「3.全介助」にもかかわらず、「5-6 簡単な調理」が「1.介助されていない」
42	「2-9 整髪」が「3.全介助」にもかかわらず、「5-6 簡単な調理」が「1.介助されていない」
43	「5-2 金銭の管理」が「3.全介助」にもかかわらず、「5-5 買い物」が「1.介助されていない」
44	「5-3 日常の意思決定」が「4.できない」にもかかわらず、「5-5 買い物」が「1.介助されていない」
45	「3-1 意思の伝達」が「4.できない」にもかかわらず、「5-5 買い物」が「1.介助されていない」
46	「4-11 物や衣類を壊す」が「3.ある」にもかかわらず、「4-14 自分勝手に行動する」が「1.ない」
47	「1-3 寝返り」が「3.できない」にもかかわらず、「1-4 起き上がり」が「1.できる」
48	「1-3 寝返り」が「3.できない」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
49	「1-4 起き上がり」が「1.できる」にもかかわらず、「1-5 座位保持」が「4.できない」
50	「1-7 歩行」が「1.できる」にもかかわらず、「2-2 移動」が「4.全介助」
51	「2-1 移乗」が「4.全介助」にもかかわらず、「1-8 立ち上がり」が「1.できる」
52	「1-10 洗身」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「2-8 洗顔」が「3.全介助」
53	「1-10 洗身」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「2-10 上衣着脱」が「4.全介助」
54	「1-10 洗身」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「2-11 ズボン着脱」が「4.全介助」
55	「2-8 洗顔」が「3.全介助」にもかかわらず、「1-11 つめ切り」が「1.介助されていない」
56	「1-11 つめ切り」が「1.介助されていない」にもかかわらず、「1-12 視力」が「5.判断不能」
57	「2-10 上衣着脱」が「4.全介助」にもかかわらず、「2-11 ズボン着脱」が「1.介助されていない」

■ 5. 運動能力の低下していない認知症高齢者のケア時間加算ロジック

運動能力が低下していない認知症高齢者のケア時間の加算がされるケースは次の方法により決められています。平成19年度の要介護認定モデル事業(第一次)の対象データ、34,401件で、「認知症高齢者自立度」がIII、IV又はMかつ「障害高齢者の日常生活自立度」が自立、J又はAであり要介護認定等基準時間が70分未満の者について、一次判定結果と介護認定審査会による判定結果とを比較し、一次判定結果より介護認定審査会の判定がより重度に判定されている群と、そうでない群に分け、両群を比較することにより、重度に判定されることが多い調査結果パターンを統計的に算出(判別分析)しました。

その結果が図表25、26に示すスコア表です。本スコア表を用いて、定数項に各調査項目等によるスコアを加算し、0.5を超える場合にはより重度の要介護度となる可能性が高いことから要介護状態区分が一段階上がる時間が加算されます。さらに、図表28に示す基準を満たした場合、時間が加算され二段階上がることになります。

図表 25 スコア表 (要介護1以下)

定数項	6.395							
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.397	全介助	0.662		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.696	全介助	0.724	行っていない	0.724
排尿	介助されていない	0.000	見守り等	0.386	一部介助	0.926	全介助	1.261
洗顔	介助されていない	0.000	一部介助	0.800	全介助	0.800		
上衣の着脱	介助されていない	0.000	見守り等	0.796	一部介助	1.414	全介助	1.414
金銭の管理	介助されていない	0.000	一部介助	1.000	全介助	1.411		
買い物	介助されていない	0.000	見守り等	0.783	一部介助	1.205	全介助	1.205
身体機能・起居動作 [中間評価項目得点]		-0.047	(中間評価項目得点を乗じる)					
生活機能 [中間評価項目得点]		-0.015	(中間評価項目得点を乗じる)					
精神・行動障害 [中間評価項目得点]		-0.054	(中間評価項目得点を乗じる)					

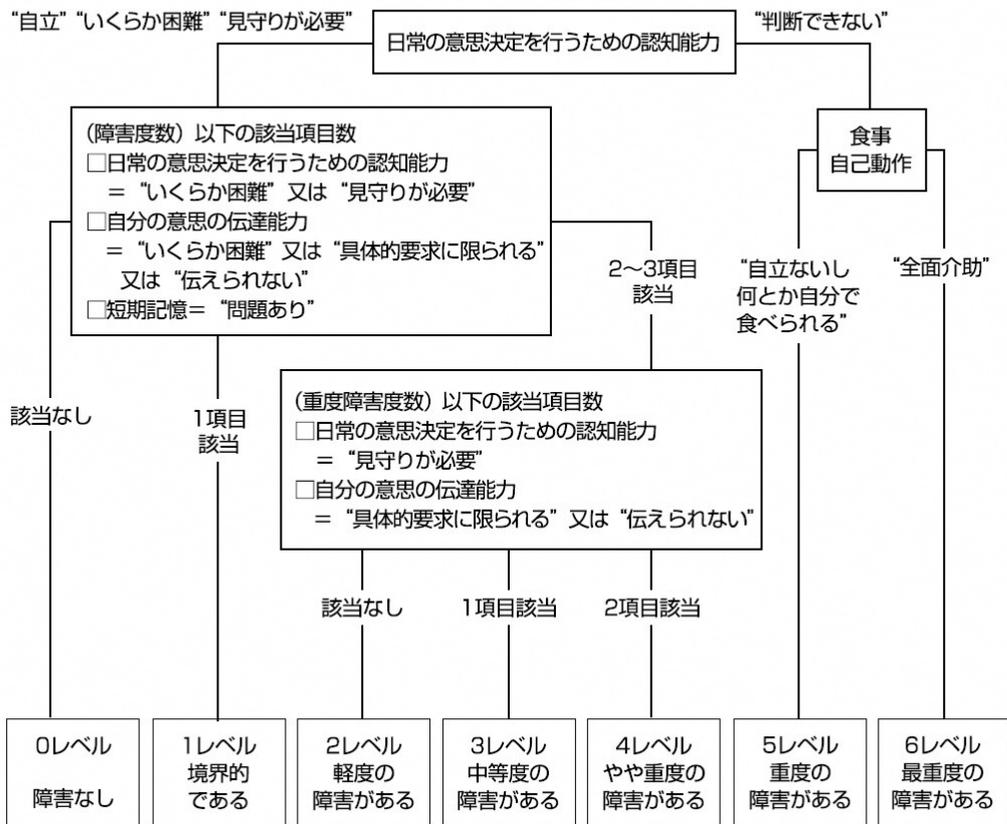
カットポイント	0.5
---------	-----

図表 26 スコア表 (要介護2)

定数項	12.785							
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.333	全介助	0.713		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.528	全介助	0.985	行っていない	0.985
移乗	介助されていない	0.000	見守り等	1.113	一部介助	1.113	全介助	1.113
外出して戻れない	ない	0.000	ときどきある	0.723	ある	0.736		
理解および記憶 (主治医意見書)	0レベル	0.000	1レベル	0.083	2レベル	1.010	3レベル	1.010
	4レベル	1.089	5レベル	1.089	6レベル	1.089		
生活機能 [中間評価項目得点]		-0.122	(中間評価項目得点を乗じる)					
社会生活への適応 [中間評価項目得点]		-0.018	(中間評価項目得点を乗じる)					
精神・行動障害 [中間評価項目得点]		-0.064	(中間評価項目得点を乗じる)					

カットポイント	0.5
---------	-----

図表 27 理解及び記憶（主治医意見書）の算出方法



図表 28 適用基準

特定項目	適用基準
大声を出す	自立・・・1項目以上に該当 要支援1・・・2項目以上に該当 要支援2／要介護1・・・4項目以上に該当 要介護2・・・5項目に該当
介護に抵抗	
徘徊	
外出して戻れない	
一人で出たがる	

コンピューターで算出された基準時間に、相当する区分の中間点と次の区分の中間点との差を加算することで、結果的に要介護状態区分が1繰り上がります。

2段階繰り上がり場合は、隣の区分の中間点と更に隣の区分の中間点との差が、更に加算されます。

ただし、一次判定で非該当となった場合で要介護認定等基準時間が18分未満の場合、相応の基準時間を加算しても要支援1にならないので、加算後要介護認定等基準時間が25分になるように調整されます。

以下に、要介護状態区分別の加算時間を示します。

図表 29 要介護状態区分別の加算時間

加算前要介護状態区分	1段階加算	2段階加算(左の列の分数と併せて加算されます)
非該当	7分	12.5分
要支援1	12.5分	19分
要支援2／要介護1	19分	20分
要介護2	20分	20分

■ 6. 状態の維持・改善可能性の判定ロジック

状態の維持・改善可能性の評価は、認知症高齢者の日常生活自立度を含む認定調査の結果と主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度等の組み合わせにより行われます。

認知症自立度 II 以上の蓋然性については、認知症高齢者の日常生活自立度が認定調査、主治医意見書で、一方が「自立または I」、他方が「II 以上」と異なる場合に表示されます。

認定調査項目の結果に従い、図表 30～32 に基づいた判断が行われ、介護給付か予防給付かが表示されます。

図表 30 認定調査結果と主治医意見書に基づく給付区分の評価

		認定調査結果の認知症高齢者の日常生活自立度	
		自立または I	II 以上
主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度	自立または I	「状態の安定性」により評価(図表 32 参照)	「認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の蓋然性」により評価(図表 31 参照)
	II 以上	「認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の蓋然性」により評価(図表 31 参照)	介護給付
	記載なし	「状態の安定性」により評価(図表 32 参照)	介護給付

図表 31 認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の蓋然性による給付区分の評価

認知症高齢者の日常生活自立度 II 以上の蓋然性	給付区分
50%未満	「状態の安定性により評価」(図表 32 参照)
50%以上	介護給付

図表 32 状態安定性による給付区分の評価

状態の安定性	給付区分
安定	予防給付
不安定	介護給付

(1) 認知症自立度 II 以上の蓋然性評価ロジックの仕組みについて

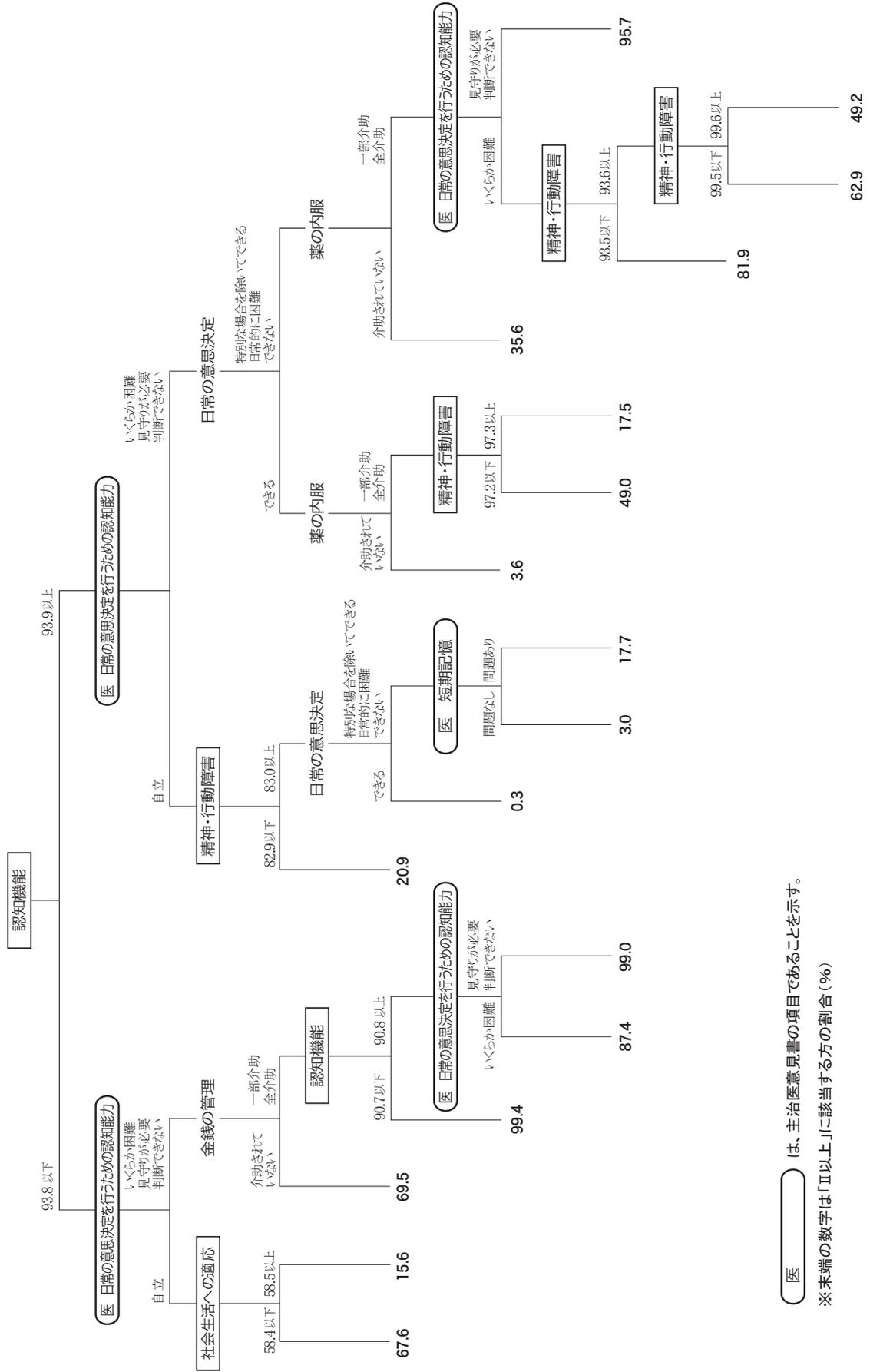
認知症自立度 II 以上の蓋然性評価ロジックは現行の一次判定ロジックと同様に、樹形モデルを使用して作成されています。分岐の条件は一次判定で使用している心身の状態に関する項目（及び主治医意見書の項目）が用いられています。

対象データは平成 19 年度モデル事業（第一次）の 34,401 件です。

目的変数に「認知症高齢者の日常生活自立度」、説明変数に心身の状態に関する認定調査項目（62 項目）、中間評価項目、主治医意見書からの 4 項目を設置し、樹形モデルを使用して作成しました。分岐条件として、「分岐先の該当数を 250 件以上であること」を設定しました。

図表 33 で認知症自立度 II 以上の蓋然性を%表示しました。

図表33 認知症自立度II以上の蓋然性評価ロジックにおける樹形モデル



医 は、主治医意見書の項目であることを示す。

※末端の数字は「II以上」に該当する方の割合(%)

(2) 状態の安定性の判定ロジックについて

要介護認定を2回連続して実施した者のうち、1回目の認定で要介護1又は要支援2と判定された高齢者（126,231件）を、2回目の認定で1回目より重度に判定された群と、2回目の認定が1回目と同じ、又は改善が見られた群の2群に分けて、判別分析を実施しました。うち、2回目の認定で重度化する群を状態不安定、維持・改善している群を状態安定としました。（判別分析は集団をある条件のもと2つのグループに分ける統計手法です。条件となる認定調査項目の回答結果の組み合わせにより、対象となる高齢者が、2回目の認定時に判定が重度化している高齢者か、1回目の認定結果と同じ又は改善されている高齢者かを判別することができます。運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算（認知症加算）に対しても同じ統計手法が用いられています。）

図表 34 状態の安定性判定ロジック

定数項	-1.047							
歩行	できる	0.000	つかまれば可	0.187	できない	0.871		
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.117	全介助	0.117		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.248	全介助	0.789	行っていない	0.789
移乗	介助されていない	0.000	見守り等	0.332	一部介助	0.760	全介助	0.760
排尿	介助されていない	0.000	見守り等	0.406	一部介助	0.839	全介助	0.839
ズボン等の着脱	介助されていない	0.000	見守り等	0.366	一部介助	0.451	全介助	0.775
口腔清潔	介助されていない	0.000	一部介助	0.521	全介助	0.521		
今の季節を理解	できる	0.000	できない	0.525				
毎日の日課を理解	できる	0.000	できない	0.438				
介護に抵抗	ない	0.000	ときどきある	0.421	ある	0.496		
日常の意思決定	できる	0.000	特別な場合を除いてできる	0.338	日常的に困難	0.618	できない	1.445
金銭の管理	介助されていない	0.000	一部介助	0.320	全介助	0.771		
薬の内服	介助されていない	0.000	一部介助	0.482	全介助	1.079		
カットポイント	0.5							

■ 7. 樹形モデル図（要介護認定等基準時間の推計方法）

以下の各樹形モデルから算出される行為区分毎の時間の合計値に特別な医療の時間（資料 1 参照、医療関連行為に加算）と認知症高齢者のケア時間を加算（資料 5 参照）したものが要介護認定等基準時間として示されます。

図表 35 樹形モデルの種類と時間の表示範囲

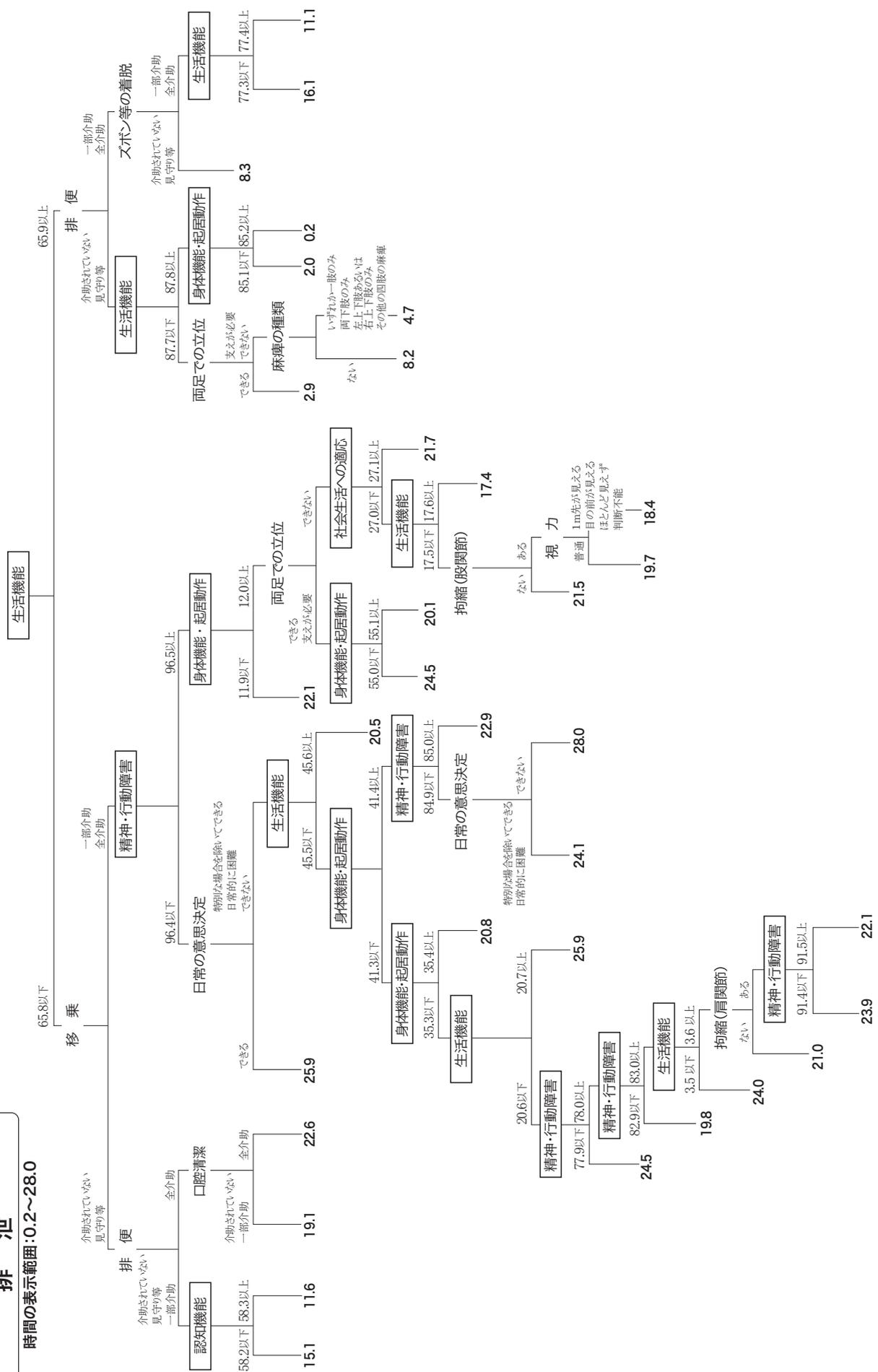
樹形モデルの名前		時間の表示範囲
直接生活介助	食 事	1.1 分～71.4 分
	排 泄	0.2 分～28.0 分
	移 動	0.4 分～21.4 分
	清 潔 保 持	1.2 分～24.3 分
間 接 生 活 介 助		0.4 分～11.3 分
BPSD 関 連 行 為		5.8 分～21.2 分
機 能 訓 練 関 連 行 為		0.5 分～15.4 分
医 療 関 連 行 為		1.0 分～37.2 分

【樹形モデルの見方】

- 1) 各樹形モデルの最上部の分岐について選択し、左右いずれかの該当する方向に進みながら、下方部に向かって分岐をたどっていきます。
- 2) 次の分岐についても同様の作業を繰り返します。ただし、分岐に対する選択の下方部に数値（時間）が記載されているときは、この作業を終了します。この時間が、この表から算定された時間になります。
- 3) なお、各分岐は、認定調査項目の選択に基づくが、樹形モデルにおいて分岐が四角で囲まれている項目は、中間評価項目得点に基づいて分岐を選択します。

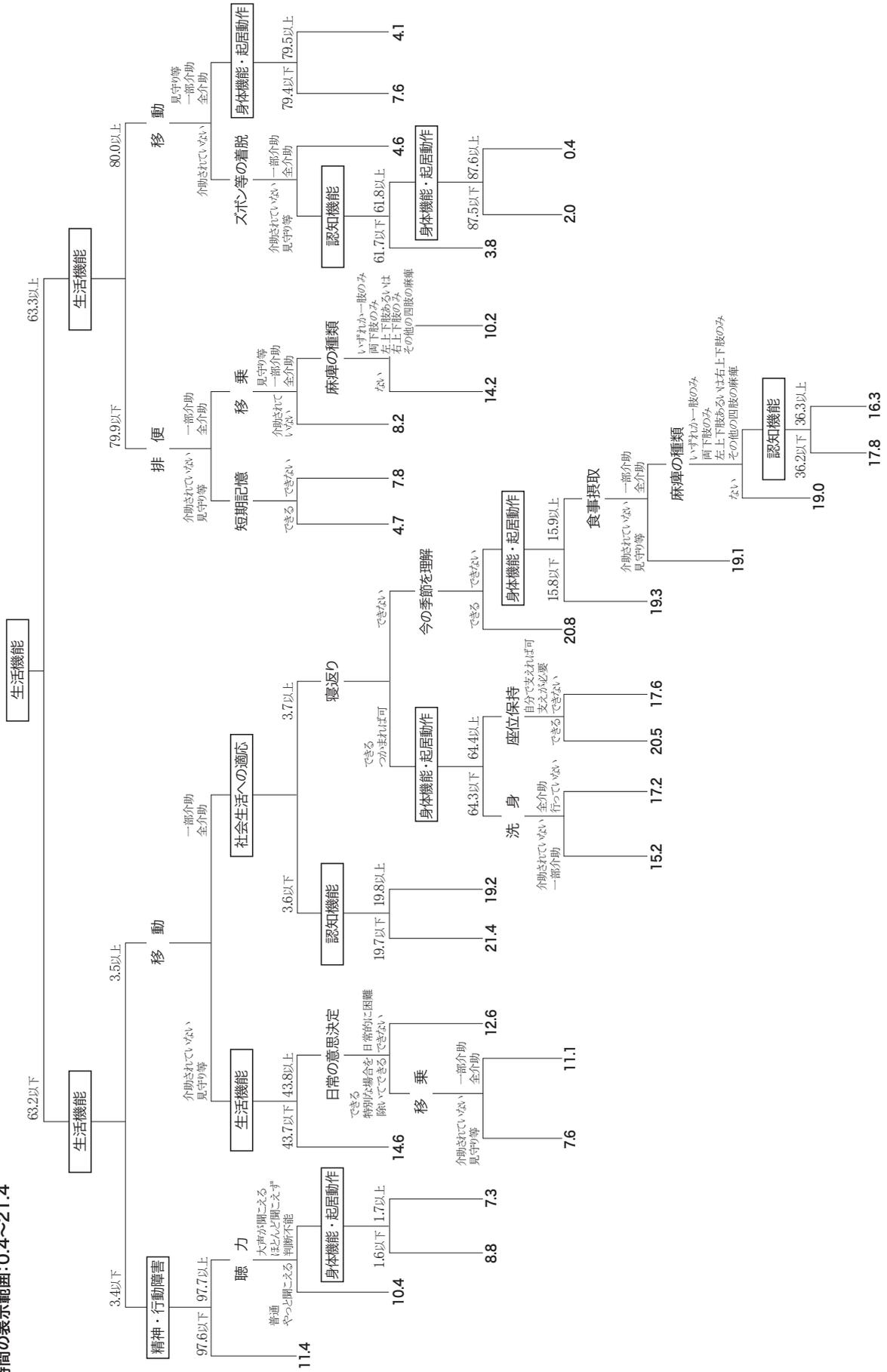
排泄

時間の表示範囲: 0.2~28.0



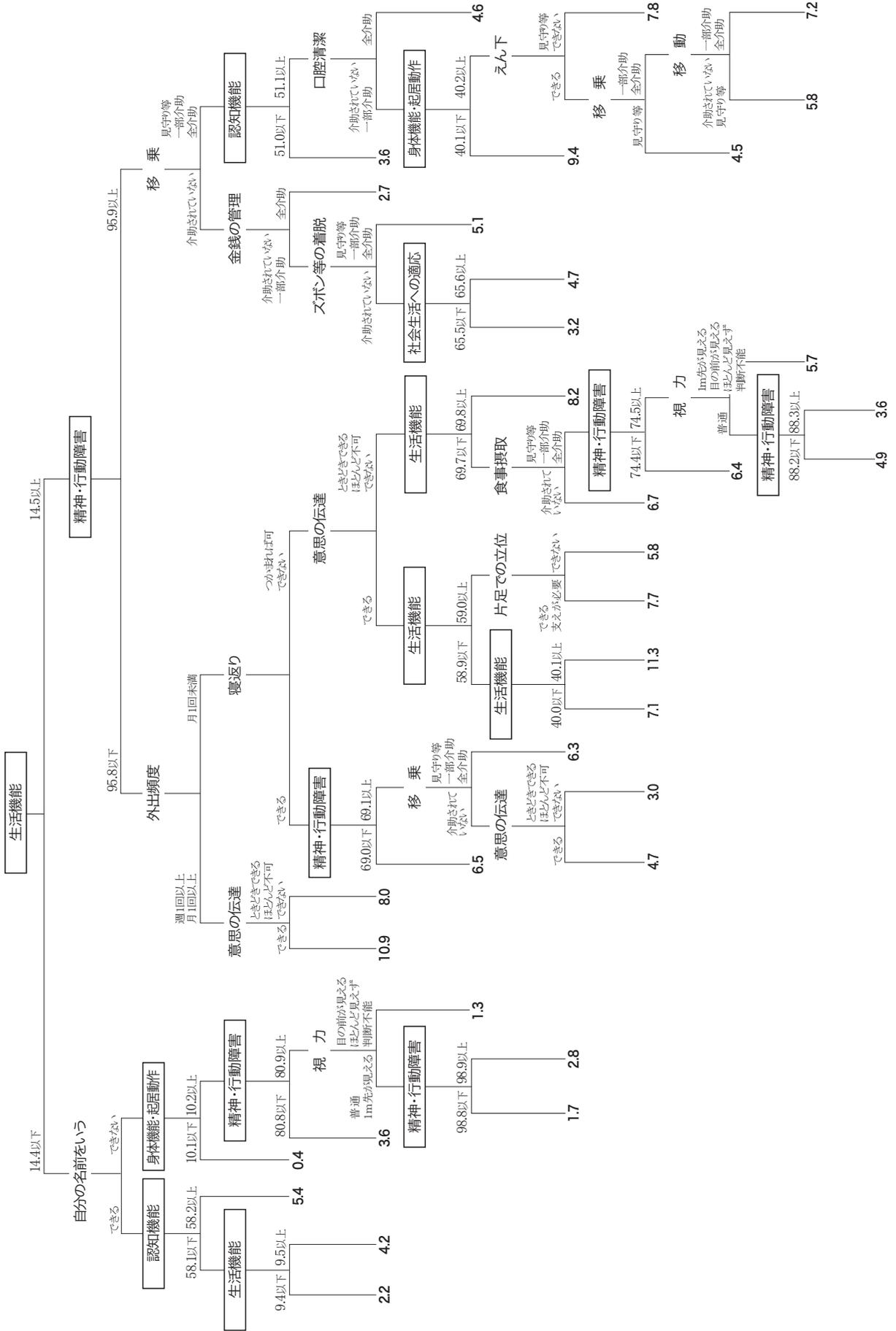
移動

時間の表示範囲: 0.4~21.4



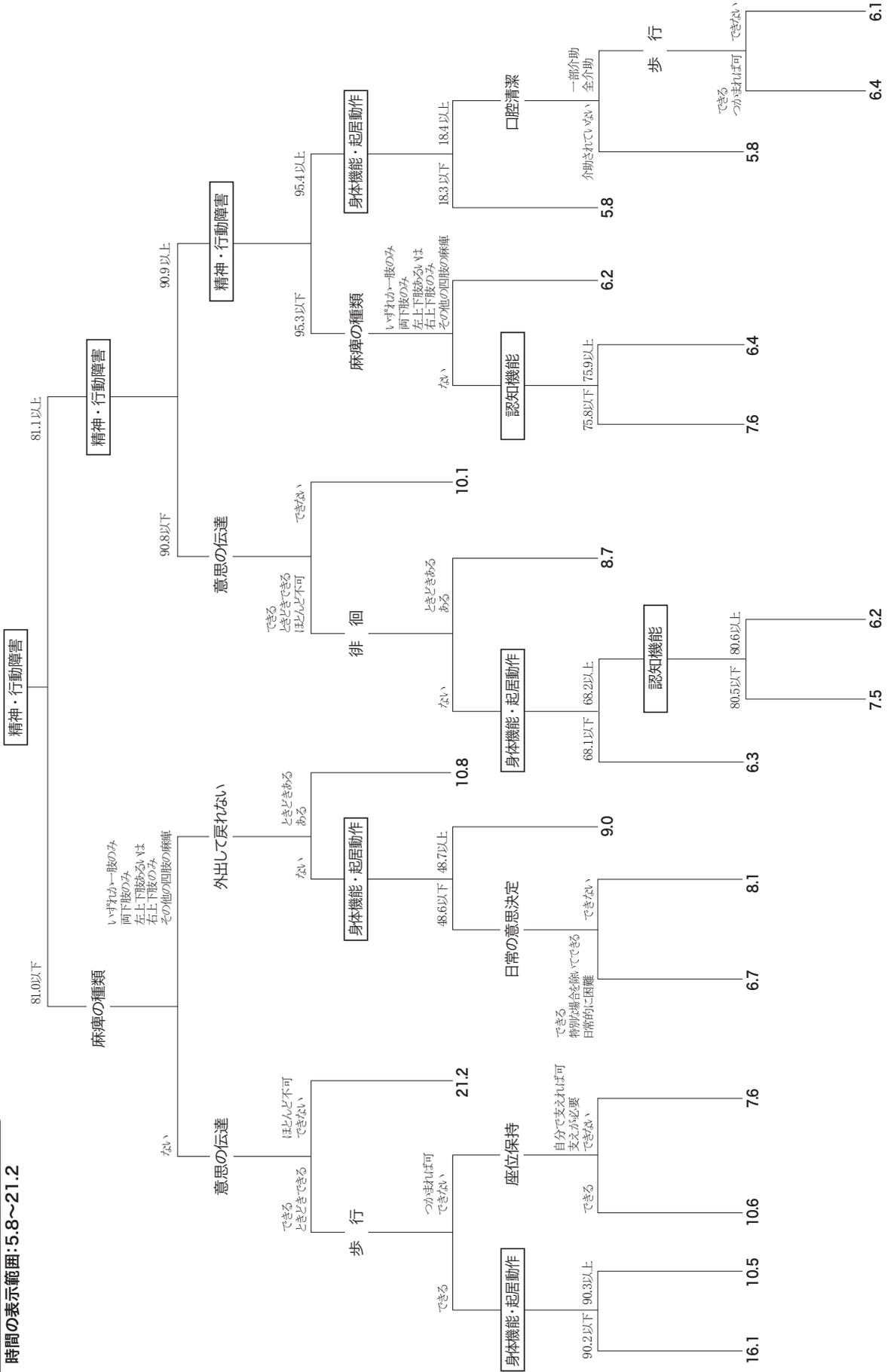
間接生活介助

時間の表示範囲: 0.4~11.3



BPSD 関連行為

時間の表示範囲: 5.8~21.2



■ 8. 判定結果の妥当性についての検証

下記の参考指標を用いて判定結果の妥当性について検証してください。参考指標は、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」及び「要介護度変更の指標」の2種類であり、このうち「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したもの（図表36）を示しています。一方、「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本テキスト発行の後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面の間、本テキストにおいて示すもの（図表37、38）を使用してください。

新たな要介護認定方法の導入に当たり、介護認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うに当たっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用してください。

図表 36 日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布

平成 20 年 1 月～12 月申請データ（平成 21 年 2 月末日現在）

認知症高齢者自立度：自立

	自立	J	A	B	C
非該当	42.1%	5.0%	0.4%	0.0%	0.0%
要支援 1	42.5%	59.3%	19.7%	1.0%	0.0%
要支援 2・要介護 1	13.8%	34.6%	61.3%	14.7%	0.3%
要介護 2	0.8%	1.1%	15.2%	30.6%	1.8%
要介護 3	0.4%	0.1%	3.0%	39.3%	19.8%
要介護 4	0.2%	0.0%	0.3%	12.5%	42.8%
要介護 5	0.1%	0.0%	0.0%	2.0%	35.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅲ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援 1	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援 2・要介護 1	28.1%	20.9%	4.7%	0.2%	0.0%
要介護 2	41.8%	44.7%	27.4%	2.7%	0.0%
要介護 3	26.1%	30.2%	53.9%	24.3%	1.8%
要介護 4	3.0%	3.7%	13.0%	56.8%	24.5%
要介護 5	0.2%	0.1%	1.0%	16.0%	73.7%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅰ

	自立	J	A	B	C
非該当	15.4%	1.9%	0.1%	0.0%	0.0%
要支援 1	61.6%	44.0%	10.8%	0.3%	0.0%
要支援 2・要介護 1	22.1%	51.9%	63.7%	8.7%	0.1%
要介護 2	0.8%	2.1%	20.4%	26.4%	0.9%
要介護 3	0.2%	0.1%	4.5%	44.4%	13.2%
要介護 4	0.0%	0.0%	0.4%	17.8%	44.8%
要介護 5	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	40.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅳ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援 1	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援 2・要介護 1	2.6%	2.4%	0.4%	0.0%	0.0%
要介護 2	11.8%	10.9%	3.8%	0.3%	0.0%
要介護 3	52.9%	52.4%	31.8%	5.0%	0.2%
要介護 4	28.0%	30.8%	52.9%	44.9%	6.4%
要介護 5	4.6%	3.3%	11.0%	49.7%	93.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅱ

	自立	J	A	B	C
非該当	0.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援 1	20.9%	12.0%	2.0%	0.0%	0.0%
要支援 2・要介護 1	70.7%	75.7%	48.0%	3.5%	0.0%
要介護 2	7.0%	11.2%	37.1%	17.2%	0.3%
要介護 3	0.6%	0.9%	11.6%	45.6%	6.3%
要介護 4	0.1%	0.0%	1.2%	29.3%	41.7%
要介護 5	0.0%	0.0%	0.1%	4.3%	51.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度：Ⅴ

	自立	J	A	B	C
非該当	1.9%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%
要支援 1	1.9%	2.4%	0.3%	0.0%	0.0%
要支援 2・要介護 1	32.3%	25.6%	6.7%	0.2%	0.0%
要介護 2	19.0%	22.5%	12.4%	1.1%	0.0%
要介護 3	25.3%	27.6%	29.4%	6.1%	0.1%
要介護 4	13.9%	17.4%	35.2%	28.4%	1.9%
要介護 5	5.7%	4.1%	15.9%	64.1%	98.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

○本指標は、二次判定と一次判定を比較して、二次判定の要介護度がより軽度又は重度である者について統計的に処理を行い、認定調査項目の選択肢の傾向を分析したものです。

図表 37 要介護度変更の指標 一次判定結果をより軽度に変更することの多い調査項目と選択肢
(平成 16 年度データ)

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			要支援 1	要介護 1 要支援 2	要介護 2	要介護 3	要介護 4	要介護 5
食事摂取	一部介助以下	1,2,3						○
意思の伝達	ときどきできる以下	1,2						○
日常の意思決定	特別な場合以下	1,2					○	
毎日の日課を理解	できる	1					○	
短期記憶	できる	1					○	
口腔清潔	介助されていない	1				○		
薬の内服	介助されていない	1			○	○		
日常の意思決定	できる	1			○	○		
洗身	介助されていない	1			○			
歩行	できる	1		○				
つめ切り	介助されていない	1		○				
片足での立位	できる	1	○	○				
起き上がり	できる	1	○					
立ち上がり	できる	1	○					

図表 38 要介護度変更の指標 一次判定結果をより重度に変更することの多い調査項目と選択肢
(平成 16 年度データ)

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			自立	要支援 1	要介護 1 要支援 2	要介護 2	要介護 3	要介護 4
金銭の管理	一部介助以上	2,3	●					
日常の意思決定	特別な場合以上	2,3,4	●					
同じ話をする	ある	3	●					
短期記憶	できない	2	●	●				
金銭の管理	全介助	3		●				
毎日の日課を理解	できない	2		●				
今の季節を理解	できない	2		●				
薬の内服	一部介助以上	2,3			●			
口腔清潔	一部介助以上	2,3			●	●		
洗顔	一部介助以上	2,3			●	●		
整髪	一部介助以上	2,3			●	●		
場所の理解	できない	2				●		
移乗	全介助	4					●	
上衣の着脱	全介助	4					●	
洗顔	全介助	3					●	
自分の名前を言う	できない	2					●	
座位保持	できない	4						●
食事摂取	全介助	4						●
えん下	できない	3						●

※認定調査項目「飲水」を削除し、選択肢「自立」を「介助されていない」に修正した

4 認定関係省令、告示、通知等

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令
(平成十一年四月三十日厚生省令第五十八号)

最終改正：平成一八年三月一四日厚生労働省令第三二号

(要介護認定の審査判定基準等)

第一条 介護保険法(平成九年法律第百二十三号。以下「法」という。)第七条第一項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げる区分とし、法第二十七条第五項前段(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。次項において同じ。)に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、被保険者が当該区分に応じそれぞれ当該各号に掲げる状態のいずれに該当するかについて行うものとする。

- 一 要介護一 要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態(次条第一項第二号に該当する状態を除く。)
 - 二 要介護二 要介護認定等基準時間が五十分以上七十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態
 - 三 要介護三 要介護認定等基準時間が七十分以上九十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態
 - 四 要介護四 要介護認定等基準時間が九十分以上百十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態
 - 五 要介護五 要介護認定等基準時間が百十分以上である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態
- 2** 第二号被保険者(法第九条第二号に規定する第二号被保険者をいう。次条第二項において同じ。)の要介護状態の原因である身体上又は精神上的の障害が特定疾病

(法第七条第三項に規定する特定疾病をいう。次条第二項において同じ。)によって生じたものであるかについての法第二十七条第五項前段に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、法第二十七条第三項(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。)の主治の医師(以下この項において「主治医」という。)の意見又は指定する医師若しくは当該職員で医師であるものの診断の結果及び法第二十七条第六項(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。)の審査及び判定に係る被保険者、その家族、主治医その他の関係者の意見等を勘案して行うものとする。

(要支援認定の審査判定基準等)

第二条 法第七条第二項の厚生労働省令で定める区分は、次の各号に掲げる区分とし、法第三十二条第四項前段(法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。次項において同じ。)に規定する介護認定審査会による審査及び判定は、被保険者が当該区分に応じそれぞれ当該各号に掲げる状態のいずれかに該当するかについて行うものとする。

- 一 要支援一 要介護認定等基準時間が二十五分以上三十二分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態
- 二 要支援二 要支援状態の継続見込期間(法第七条に規定する期間をいう。)にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減又は悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態

2 前条第二項の規定は、第二号被保険者の要支援状態の原因である身体上又は精神上の障害が特定疾病によって生じたものであるかについての法第三十二条第四項前段に規定する介護認定審査会による審査及び判定について準用する。この場合において、前条第二項中「法第二十七条第三項(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。)」とあるのは「法第三十二条第二項(法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。)において準用する法第二十七条第三項」と、「法第二十七条第六項(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項及び第三十一条第二項において準用する場合を含む。)」とあるのは「法第三十二条第五項(法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。)において準用する法第二十七条第六項」と読み替えるものとする。

(要介護認定等基準時間)

第三条 第一条第一項各号及び前条第一項各号の要介護認定等基準時間は、被保険者につき、当該被保険者に対する法第二十七条第二項(法第二十八条第四項、第二十九条第二項、第三十条第二項、第三十一条第二項及び第三十二条第二項(法第三十三条第四項、第三十三条の二第二項、第三十三条の三第二項及び第三十四条第二項において準用する場合を含む。)において準用する場合を含む。)の調査の結果から、当該被保険者に対して行われる次に掲げる行為に要する一日当たりの時間として、厚生労働大臣の定める方法により推計される時間とする。

- 一 入浴、排せつ、食事等の介護
- 二 洗濯、掃除等の家事援助等
- 三 徘徊に対する探索、不潔な行為に対する後始末等
- 四 歩行訓練、日常生活訓練等の機能訓練

五 輸液の管理、じょく瘡の処置等の診療の補助等

(都道府県介護認定審査会に関する読替え)

第四条 法第三十八条第二項の規定により審査判定業務を都道府県に委託した市町村について、第一条及び第二条の規定を適用する場合には、これらの規定中「介護認定審査会」とあるのは、「都道府県介護認定審査会」とする。

附 則

第一条 この省令は、平成十二年四月一日から施行する。

第二条 介護保険法等の一部を改正する法律(平成十七年法律第七十七号)附則第三条第二項の規定により読み替えて適用する法第十九条第一項の厚生労働省令で定める区分は、経過的要介護(要介護認定等基準時間が二十五分以上三十二分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。))又はこれに相当すると認められる状態をいう。)に該当するものとする。

附 則 (平成一八年三月一四日厚生労働省令第三二号) 抄

(施行期日)

第一条 この省令は、平成十八年四月一日から施行する。

(要介護認定有効期間に係る特例)

第二条 第五条の規定による改正後の要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令附則第二条の区分に該当するものとされた者が介護保険法(以下「法」という。)第十九条第二項に規定する要支援認定を受ける場合における法第三十三条第一項に規定する有効期間(次項において「要支援認定有効期間」という。)は、介護保険法施行規則第五十二条の規定にかかわらず、第一号に掲げる期間と第二号に掲げる期間を合算して得た期間とする。

- 一 要支援認定が効力を生じた日から当該日が属する月の末日までの期間
 - 二 十二月間(市町村が認定審査会(法第十四条第一項に規定する認定審査会をいう。)の意見に基づき特に必要と認める場合にあつては、三月間から十一月間までの範囲内で月を単位として市町村又は特別区が定める期間)
- 2 要支援認定が効力を生じた日が月の初日である場合にあつては、前項の規定にかかわらず、同項第二号の期間を要支援認定有効期間とする。

要介護認定等基準時間の推計の方法

(平成一二年三月二四日厚生省告示第九一号)

最終改正：平成二十一年三月三十一日厚生労働省告示第百八十九号

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年厚生省令第五十八号）第三条の規定に基づき、要介護認定等基準時間の推計の方法を次のように定め、平成十二年四月一日から適用する。

要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成十一年厚生省令第五十八号。以下「省令」という。）第三条に規定する厚生労働大臣の定める方法は、別表第一の調査票のうち基本調査の部分を用いた調査の結果（以下「調査結果」という。）に基づき、次の各号に掲げる行為の区分に応じ、それぞれ当該各号に定める方法により算定される時間を合算することとする。

- 一 省令第三条第一号に掲げる行為 別表第二の算定方法により算定される時間を合計した時間
- 二 省令第三条第二号に掲げる行為 別表第三の算定方法により算定される時間
- 三 省令第三条第三号に掲げる行為 別表第四の算定方法により算定される時間
- 四 省令第三条第四号に掲げる行為 別表第五の算定方法により算定される時間
- 五 省令第三条第五号に掲げる行為 別表第六及び別表七の算定方法により算定される時間を合計した時間

(別表略)

別表第一 認定調査票

別表第五 機能訓練関連行為

別表第二 直接介助

別表第六 医療関連行為

別表第三 間接介助

別表第七 特別な医療

別表第四 認知症の行動・心理症状関連行為

別表第八 中間評価項目

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

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

次のおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号												
	医 療 保 険	保険者名												保険者番号											
		被保険者 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 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2															
					有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日																				
			※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入		転出元自治体(市町村)名 []																				
					現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ																				
				「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																					
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							
有・無		医療機関等の名称等・所在地										期間		年 月 日		～		年 月 日							

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・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、及び主治医意見書を、〇〇市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

〇〇市(町村)長 様

次のおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号									
	医療 保険	保険者名	保険者番号									
		被保険者 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 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 理由											
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日				
		介護保険施設の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
有・無		医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					

提出 代 行 者	名 称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・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。

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市(町村)長様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											
	医療 保 険	保険者名											保険者番号										
		被保険者 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											
	現に受けてい る要介護・要 支援	要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2					
		有効期限										平成・令和	年	月	日から	令和	年	月	日				
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨																							
種類指定 変更理由																							

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

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 (前回認定 年 月 日)	前回認定結果	非該当・要支援（ ）・要介護 ()
ふりがな		性別	男・女
対象者氏名		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
現住所	〒 -	電話	- -
家族等連絡先	〒 - 氏名（ ）調査対象者との関係	電話	- -

III 現在受けているサービスの状況についてチェック及び頻度を記入してください。

在宅利用 [認定調査を行った月のサービス利用回数を記入。(介護予防)福祉用具貸与は調査日時点の、特定(介護予防)福祉用具販売は過去6月の品目数を記載]			
<input type="checkbox"/> 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

- 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 特定施設入居者生活介護適用施設
 認知症対応型共同生活介護適用施設(グループホーム) 医療機関(医療保険適用療養病床) 医療機関(療養病床以外)
 養護老人ホーム^{※1} 軽費老人ホーム^{※1} 有料老人ホーム^{※1, 2} サービス付き高齢者向け住宅^{※1} その他の施設等

施設等連絡先

施設等名	_____	電話	- -
郵便番号	-		
住所			

※1 特定施設入居者生活介護適用施設を除く。 ※2 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）
2. 約1m離れた視力確認表の図が見える
3. 目の前に置いた視力確認表の図が見える
4. ほとんど見えない
5. 見えているのか判断不能

1-13 聴力について、あてはまる番号に一つだけ○印をつけてください。

1. 普通
2. 普通の声がやっと聞き取れる
3. かなり大きな声なら何とか聞き取れる
4. ほとんど聞えない
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・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M

認定調査票（特記事項）

1 身体機能・起居動作に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

2 生活機能に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

3 認知機能に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

4 精神・行動障害に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

5 社会生活への適応に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

6 特別な医療についての特記事項

6 特別な医療

()

()

()

()

7 日常生活自立度に関連する項目についての特記事項

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

()

()

()

()

※ 本用紙に収まらない場合は、適宜用紙を追加して下さい

(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。				
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 (有の場合)→ <input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 整形外科 <input type="checkbox"/> 脳神経外科 <input type="checkbox"/> 皮膚科 <input type="checkbox"/> 泌尿器科 <input type="checkbox"/> 婦人科 <input type="checkbox"/> 眼科 <input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション科 <input type="checkbox"/> 歯科 <input type="checkbox"/> その他()			

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1.に記入) 及び発症年月日				
1.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
3.	_____	発症年月日	(昭和・平成・令和	年 月 日頃)
(2) 症状としての安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 (「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)				
(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容 (最近(概ね6ヶ月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入)				

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について				
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
・認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
(2) 認知症の中核症状 (認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)				
・短期記憶 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり				
・日常の意思決定を行うための認知能力 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 判断できない				
・自分の意思の伝達能力 <input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的要求に限られる <input type="checkbox"/> 伝えられない				
(3) 認知症の行動・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:				
108 / 250 [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。(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。)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	<input type="text"/>							
	フリガナ								
	氏 名								
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女			
	住 所 (転出先予定)								
	異動予定日	令和	年	月	日				

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。

令和 年 月 日

〇 〇 市（町 村） 長

認定済 ・ 申請中	申請年月日	. .
要介護状態区分	認定年月日	. .
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効	
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()	
介護認定審査会の意見		
備 考		

裏面に注意事項を記入

老発 0323 第 1 号
平成30年3月23日

各都道府県知事 殿

厚生労働省老健局長
(公 印 省 略)

「介護認定審査会の運営について」の一部改正について

介護認定審査会の具体的な運営については、これまで「介護認定審査会の運営について」(平成21年9月30日老発0930第6号厚生労働省老健局長通知)により取り扱われていたところであるが、このたび別添の通り改正を行い、平成30年4月1日より適用することとしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図るとともに、介護認定審査会の運用について遺漏のなきように期せられたい。

また、介護認定審査会の簡素化にあたっては、別添参考「介護認定審査会の簡素化等に係るQ&A(平成30年2月14日老健局老人保健課長事務連絡)」も参照されたい。

○ 介護認定審査会の運営について (平成21年9月30日老発第093006号) (抄)

(変更点は下線部)

現行	改正後
<p>(略)</p> <p>(別添) 介護認定審査会運営要綱</p> <p>(略)</p> <p>(新規)</p>	<p>(略)</p> <p>(別添) 介護認定審査会運営要綱</p> <p>(略)</p> <p><u>5 認定審査会の簡素化</u></p> <p><u>以下の(1)から(6)の全ての要件に合致する場合、「3 審査及び判定」及び「4 認定審査会開催の手順」の規定によらず、認定審査会を簡素化して実施することとして差し支えない。</u></p> <p><u>(1) 審査対象者が、介護保険法第7条第3項第1号または同条第4項第1号に定める者であること</u></p> <p><u>(2) 介護保険法第28条に定める要介護更新申請又は第33条に定める要支援更新申請であること</u></p> <p><u>(3) 一次判定(4の2)の(1)に定める「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。)における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること</u></p> <p><u>(4) 現在の認定有効期間が12か月以上であること</u></p> <p><u>(5) 一次判定における要介護度が「要支援2」又は「要介護1」である場合、別紙2-3の表9に定める状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと</u></p> <p><u>(6) 一次判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>・29分以上32分未満</u> <u>・47分以上50分未満</u> <u>・67分以上70分未満</u> <u>・87分以上90分未満</u> <u>・107分以上110分未満</u>

事務連絡
平成 30年 2月 14日

都道府県・指定都市 要介護認定担当課 御中

老健局老人保健課長

介護認定審査会の簡素化等に係る Q & A

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。
平成 30年 4月 1日以降の要介護認定制度等については、平成 29年 12月 20日事務連絡「平成 30年 4月 1日以降の要介護認定制度等について」においてお知らせしたところですが、本件につき下記の通り Q & A を作成いたしましたので、管内市町村等に周知方よろしくお願いいたします。

記

Q1.認定審査会の簡素化とは、認定審査会による審査判定を行わないということか。

A1. 審査会による審査判定は介護保険法第 27 条第 5 項等に定められた事項であるため、審査判定の実施自体を省略することはできない。

今般の見直しは、審査判定の具体的な実施方法を定めた認定審査会運営要綱を改正し、簡素化した方法での審査判定の実施を可能とするものである。そのため、たとえば要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得ることをもって個々の審査判定(一次判定の修正・確定を含む)に代えることは考えられる。ただし、そうした場合においても、審査会の開催自体は省略せず、審査会の場での委員による対象者リスト確認をもって審査判定とする等の取扱いが適当である。

Q2. 認定審査会を簡素化する方法として認められうる範囲や基準を示されたい。

A2. 認定審査会を簡素化した場合であっても、保険者が審査判定を実施し、認定結果について責任を負うことに変わりはないため、その範囲において各保険者で簡素化の方法を決定されたい。

Q3. 「要件に合致した者についてコンピュータ判定の要件を満たす認定申請について、コンピュータ判定の結果を審査判定結果とみなすことにつき、認定審査会の包括同意を得る」という方法で簡素化を実施するとした場合、審査会委員にはどの程度まで詳細な同意を求める必要があるのか。

A3. 簡素化の方法については最終的には保険者の判断となるが、Qの例では当該包括同意が個々の認定審査会における審査判定を実質的に代替するものとなることから、同意の内容について各委員に十分ご理解いただくとともに、同意が得られない場合には簡素化方法を見直すことが適切であると考えられる。

Q4. 認定審査会を簡素化した場合、有効期間はどのように設定すればよいのか。

A4. 簡素化の方法に応じ、保険者により設定方法を決定することとなる。

Q5. 介護保険法第27条第4項に定める認定審査会への通知及び審査判定の求めも簡素化の対象となるのか。

A5. 認定審査会への通知は法律に定める事項であるため、実施して頂く必要がある。通知方法は各保険者における簡素化形態に応じてご判断頂きたい。

Q6. 要件に合致しない者について保険者判断で認定審査会を簡素化することは可能か。

A6. 今般の見直しは、二次判定における要介護度の変更率が極めて低い者に限って認定審査会の簡素化を可能とするものであるため、要件に合致しない者の審査判定の取扱いは従来通りとなる。

Q7. 認定審査会の簡素化は平成30年4月1日申請分から可能となるのか。

A7. 申請日が3月以前であっても、審査判定を4月1日以降に実施するケースであれば簡素化が可能となる。

Q8. 認定審査会の簡素化は平成 30年 4月より直ちに開始しなければならないのか。

A8. 認定審査会の簡素化は実施の有無も含めて保険者判断となるため、4月より直ちに開始しなくても差し支えない。

Q9. 認定審査会の簡素化について、申請者に説明する必要があるか。

A9. 簡素化の実施の有無に関わらず、保険者が認定結果について責任を負うことに変わりないことから、申請者への特段の説明や理解が必要であるとは考えていないが、区分変更申請の案内等、認定結果を受けた申請者への対応については従来通りご配慮頂きたい。

Q10.有効期間を 36か月に設定する場合の判断基準は厚生労働省から示されるのか。

A10.要介護認定の有効期間は、今般の見直しに関わらず、今回判定結果の要介護度がどれほど長く継続するか判断に基づき決定されるものであり、厚生労働省として統一的な基準を示すことは考えていない。

Q11.有効期間 36か月の設定は平成 30年 4月 1日申請分から可能となるのか。

A11. 申請日が 4月 1日以降のケースが対象となる。

Q12.有効期間の延長は平成 30年 4月より直ちに開始しなければならないのか。

A12.保険者判断として個々のケースに 24 か月を超える有効期間を設定しないことは差し支えないが、制度の上では最大 36 か月の有効期間が設定可能となっていることに留意されたい。

(照会先)

厚生労働省老健局老人保健課

介護認定係 有川, 塩田

03-5253-1111 (内線 3945)

以上

(別添)

介護認定審査会運営要綱

1 目的

介護保険法（平成9年法律第123号）第14条に規定する介護認定審査会（以下「認定審査会」という。）の適切な運営に資することを目的とする。

2 認定審査会の構成

1) 委員

委員は、保健、医療又は福祉に関する学識経験を有する者であり、各分野の均衡に配慮した構成とし、市町村長（特別区にあつては区長。以下同じ。）が任命する。その際、以下の点について留意する。

(1) 委員の任期について

委員の任期は、2年（委員の任期を2年を超え3年以下の期間で市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）が条例に定める場合にあつては、当該条例で定める期間）とし、再任することができる。

(2) 会長について

認定審査会に会長1人を置き、委員の互選によって選任する。

なお、会長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

(3) 保険者との関係について

認定審査会における審査判定の公平性を確保するため、原則として保険者である市町村の職員を委員として委嘱することができない。ただし、委員確保が困難な場合、保健、医療又は福祉の学識経験者であり、認定調査等の介護保険事務に直接従事していない市町村の職員を委員に委嘱することができる。

(4) 認定調査員との兼務について

委員は、原則として、当該保険者の認定調査員として認定調査に従事することができない。ただし、他に適当な者がいない等の理由でやむを得ず委員を認定調査に従事せざるを得ない場合においては、この限りでない。その場合であっても、委員が認定調査を行った審査対象者の審査判定について、当該委員が所属する合議体では行うことができない。

(5) 守秘義務について

委員は、認定審査に関して知りえた個人の情報に関して守秘義務がある。

2) 合議体

(1) 合議体の設置

認定審査会は、委員のうちから会長が指名する者をもって構成する合議体で、審査及び判定の案件を取り扱う。

(2) 合議体の構成

合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3人を下回ることにはできない。

- ・要介護認定及び要支援認定の更新に係る申請を対象とする場合
- ・委員の確保が著しく困難な場合

一定期間中は同じ委員構成とするが、いずれの合議体にも所属しない無任所の委員を設置した場合であって、概ね3か月以上の間隔において合議体に所属する委員を変更することは可能である。特定の分野の委員の確保が困難な場合にあっては、当該分野の委員を他の分野より多く合議体に所属させることとした上で、会議の開催にあたって定足数を満たすよう必要な人数が交代に出席する方式でも差し支えない。

また、公平公正な要介護認定を確保するために、合議体間の定期的な連絡会等を開催することが望ましい。

(3) 委員の所属

委員は、所属しない合議体における審査判定に加わることはできない。

なお、委員確保が特に困難な場合を除き、複数の合議体に同一の委員を所属させることができない。

(4) 合議体の長について

合議体に長を1人置き、当該合議体を構成する委員の互選によって選任する。

なお、合議体の長が出席できない場合、あらかじめ指名された委員がその職務を代行する。

3) 会議について

認定審査会は、会長が招集する（合議体の場合は、基本的に合議体の長が招集する。）。

認定審査会（合議体の場合は合議体を含む。以下同じ。）は、委員のうち保健、医療又は福祉のいずれかの分野の学識経験を有する委員を欠くときは会議を開催しないことが望ましい。

審査判定にあたっては、できるだけ委員間の意見の調整を行い、合意を得るよう努める。その上で、認定審査会の議事は、出席委員の過半数をもって決し、可否同数のときは会長の決するところによる。

3 審査及び判定

認定審査会は、審査対象者について、認定調査票のうち「基本調査」及び「特記事項」並びに「主治医意見書」に記載された主治医の意見に基づき、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令（平成 11 年厚生省令第 58 号）」による要支援認定基準及び要介護認定基準（以下「認定基準」という。）に照らして、

- ・要介護状態又は要支援状態に該当すること
- ・介護の必要の程度等に応じて認定基準で定める区分（以下「要介護状態等区分」という。）

について、審査及び判定を行う。

要介護状態等区分の決定に当たっては要介護認定等基準時間等に基づき、介護に係る時間の審査（以下「介護の手に係る審査判定」という。）を行い、介護の手に係る審査判定において、要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態に該当すると判定された審査対象者については、認知症の程度や心身の状況の安定性等に基づき、心身の状態の維持又は改善可能性の審査（以下「状態の維持・改善可能性に係る審査判定」という。）を行い、要介護 1 又は要支援 2 のいずれの要介護状態等区分に該当するかの判定を行う。

さらに、特に必要がある場合については、

- ・認定の有効期間
- ・被保険者の要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養に関する事項
- ・居宅サービス、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービスの有効な利用等に関し被保険者が留意すべき事項について意見を付する。（4 3）参照）

なお、40歳以上 65歳未満の審査対象者にあつては、「主治医意見書」により介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）に規定する特定疾病によって

生じている障害（生活機能低下）を原因として要介護状態又は要支援状態となっていることを確認する。

4 認定審査会開催の手順

1) 事前の準備

委員は、別途通知する実施要綱に基づき都道府県又は指定都市が実施する認定審査会委員に対する研修（認定審査会委員研修）を受講し、審査及び判定の趣旨、考え方、手続き等を確認する。

市町村は、認定審査会開催に先立ち、当該開催日の認定審査会において審査及び判定を行う審査対象者をあらかじめ決めた上で、該当する審査対象者について以下の資料を作成する。

- ・基本調査の調査結果及び主治医意見書を用いて、市町村に設置されたコンピューターに導入するために国が別途配布する一次判定用ソフトウェア（以下「一次判定ソフト」という。）によって分析・判定（以下「一次判定」という。）された結果等を表出したもの（以下「認定審査会資料」という。）（一次判定ソフトによる分析・判定の内容については、別紙1及び別紙2を参照）
- ・特記事項の写し
- ・主治医意見書の写し

これらの資料については、氏名、住所など個人を特定する情報を削除した上で、あらかじめ認定審査会委員に配布することが望ましい。

また、効率的に認定審査会を運営するために、認定審査会開始前に合議体長又は認定審査会事務局に一次判定結果を修正する必要がある場合や意見がある場合は、個別に必要な審査時間を確保することもできる。

2) 審査及び判定の手順（別紙3による）

(1) 一次判定の修正・確定

基本調査の結果を、特記事項及び主治医意見書の内容と比較検討し、基本調査の結果との不整合がないか確認する。

これらの内容に不整合があった場合には再調査を実施するか、必要に応じて主治医及び認定調査員に照会した上で基本調査の結果の一部修正が必要と認められる場合には、調査結果の一部修正を行う。なお、調査結果の一部修正を行う場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のIによるものとする。

なお、再調査後の審査判定は、原則として前回と同一の認定審査会又はその合議体において審査判定を行うこととする。

また、第二号被保険者の審査判定にあたっては、主治医意見書の記載

内容に基づき、要介護状態又は要支援状態の原因である生活機能低下が特定疾病によって生じていることを別途老人保健課長名で通知する「特定疾病にかかる診断基準」に照らして確認する。

なお、主治医意見書を記載した医師が当該診断基準を直接用いていない場合は、主治医意見書記載事項を診断基準に当てはめた上で、特定疾病に該当しているかどうかにつき確認する。

また、介護認定審査会事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査項目について、介護認定審査会に検討を要請することができる。

一次判定の修正・確定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 基本調査の選択と特記事項の不整合がある場合

認定調査員の記入や選択の誤りなどにより、明らかに基本調査の選択と特記事項の記載内容に不整合が見られる場合は、各基本調査の定義に基づき、基本調査の選択肢を修正する。

② 日頃の状況と異なる場合

基本調査のうち、「寝返り」等の能力で評価する項目は、当該の行動等について可能な限り実際に試行して評価する項目であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、一定期間の状況において、より頻回な状況に基づき選択される。特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについての確認が必要となる。「麻痺等の有無」及び「拘縮の有無」の項目も同様に実際の試行による評価が原則であるが、実際に試行した結果と日頃の状況が異なる場合は、より頻回な状況に基づいて選択することとされているので、特記事項又は主治医意見書の記載により、日頃の状況での判断が適正であるかについて、確認する。

③ より頻回な状況で選択している場合

基本調査のうち、「洗身」等の介助の方法で評価する項目は、基本調査の定義上、一定期間（調査日より概ね過去1週間とする（「つめ切り」は概ね過去1ヶ月）。）の状況において、より頻回に見られる状況で選択される。より頻回に見られる状況で選択を行っている場合は、例えば「一部介助」の場合と「全介助」の場合が混在していることがあるので、頻度の評価に基づく選択が適正であるかについて、確認する。

④ 介助されていない状態や実際に行われている介助が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合

介助の方法で評価する項目は、具体的に介助が「行われている」か「行われてない」の軸で選択を行うことを原則としているが、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であると認定調査員が判断する場合は、その理由を特記事項に記載した上で、適切な介助の方法を選択し、認定審査会の判断を仰ぐことができることとなっている。認定調査員が考える適切な介助の方法を選択している場合は、特記事項または主治医意見書の記載をもとに認定調査項目の選択を確認し、介護認定審査会が認定調査員と異なる選択を行う場合は、必要に応じて修正する。修正する場合、その根拠を特記事項又は主治医意見書の記載の中から明らかにする。

なお、認定調査員が「実際に行われている介助が不適切」と考える場合には、

- ・独居や日中独居等による介助者不在のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護放棄、介護抵抗のために適切な介助が提供されていない場合
- ・介護者の心身の状態から介助が提供できない場合
- ・介護者による介助が、むしろ本人の自立を阻害しているような場合など、対象者が不適切な状況に置かれていると認定調査員が判断する様々な状況が想定される。

⑤ 認定調査員が選択に迷った項目の確認

認定調査員が選択に迷った場合は、その理由と、申請者の状況が具体的に特記事項に記載される（介護認定審査会資料作成のため、暫定的にいずれかの認定調査項目が選択されている）。認定審査会では、認定調査員が判断に迷った内容を特記事項で確認し、認定調査員の選択の妥当性について確認・修正を行う。

⑥ 特別な医療の確認

特別な医療は、実施者、目的、実施された時期など複数の要件を満たすことが求められるため、特記事項及び主治医意見書の内容から、選択が妥当なものであるか確認を行い、具体的な理由がある場合は修正することができる。特別な医療は、調査項目を選択すると要介護認定等基準時間が加算される仕組みになっており、要件に合わない選択を行うと、必要以上に要介護認定等基準時間が延長（短縮）されることがあるなど、確認は重要である。

⑦ 障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の確認

日常生活自立度に関連する項目は、「認知機能・状態の安定性の評価」、「運動能力の低下していない認知症高齢者に対する加算」の推計等に用いられることから、慎重な判断が求められる。特記事項及び主治医意見書の記載内容から、明らかに誤りがあると考えられる場合は、基本調査の日常生活自立度を修正することができる。その場合、具体的な根拠を特記事項又は主治医意見書の記載内容から明らかにする。

⑧ 一次判定修正の際の注意点

一次判定修正・確定は、基本調査の定義に基づき認定調査項目を選択することで、一次判定ソフトが判定を行うための情報を正確に入力するための手順である。そのためには、定義に基づいた正確な判断が必要である。なぜなら、一次判定ソフトへの入力情報が誤っている場合、議論の前提となる一次判定結果が、正しく導出されず、誤った入力が発生すると判定にバラツキを生じさせる可能性があるからである。

一次判定の修正は、特記事項や主治医意見書の記載内容と基本調査項目の定義に不整合が確認できる場合にのみ認められ、通常の例と異なる介護の手間に関しては、二次判定の「介護の手間にかかる審査」で考慮すべきものである。

主治医意見書と認定調査項目の中には、類似の項目があるが、主治医意見書は、認定調査と異なる視点（定義）から作成されている。

(2) 介護の手間に係る審査判定

次に、一次判定の結果（基本調査の結果の一部を修正した場合には一次判定ソフトを用いて再度一次判定を行うなどにより得られた一次判定の結果）を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、介護の手間に係る審査判定を行う。

認定審査会での個別の審査判定において、特記事項及び主治医意見書の内容から、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要すると判断される場合には、一次判定の結果を変更する。

「通常の例」の定義は、基本調査の定義以外に設定されていないが、認定審査会の各委員の専門職としての経験から判断を行う。

ただし、より長い（短い）時間を介護に要するという結論に達した場合も、それが直ちに要介護状態等区分の変更につながるとは限らない。要介護認定等基準時間なども参考にしながら、区分の境界となっている時間を超えるほどの「介護の手間」があるかないかを議論する。

また、被保険者に対する保険者の説明責任を果たすという観点からも、変更を行う際には、その理由を明確にする必要がある。一次判定結果を変更する判定を行った場合、事務局に対して、特記事項又は主治医意見書の

通常の例と異なる介護の手間が読み取れる具体的な箇所を明示し、これを記録することが重要である。

なお、審査判定に当たっては、以下の点に留意すること。

① 介護の手間が通常の例より多い（少ない）と考えられる場合

介助の方法で評価する調査項目では、ほとんどの項目がそれぞれの項目の定義に基づき「介助されていない」、「見守り等」、「一部介助」、「全介助」で評価されるが、同じ選択肢であっても、介助量としては大きな幅を持っているため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、具体的な介助量を確認、検討する必要がある。

また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連（認知症に伴う行動・心理症状）の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、行動が「ある」ことをもって介助が発生しているとは限らないため、特記事項の記載に基づき必要に応じて、コンピューターでは加味しきれない具体的な介助量を確認し、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。

「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって「不適切」であると認定調査員が判断する場合は、認定調査員が適切と判断する介助の方法を選択するが、主治医意見書や特記事項の記載をもとに、適切な介護が行われるよう配慮して行うことが重要である。また、この場合、適切な介護が受けられるように、介護認定審査会は必要な療養に関する意見を付し、それを市町村や介護支援専門員に伝えることができる。

② 頻度から内容を検討する場合

介助の方法を評価する調査項目では、より頻回な状態をもって調査を行うこととされている。したがって、たとえば基本調査の選択が「全介助」となっているとしても、常に「全介助」が行われているとは限らない。その場合、要介護認定等基準時間も参考にしつつ、一次判定を変更するかどうか検討する必要がある。また、有無で評価する項目のうち BPSD 関連の項目については、その頻度に基づいて「ある」、「ときどきある」、「ない」で評価されるが、頻度には一定の幅があるため、必要に応じて、具体的な頻度を確認する必要がある。特記事項の内容から、頻度を確認し、基本調査で推計されたものより、より介護の手間がかかるか、かからないのかについて検討を行う。

③ 要介護認定等基準時間の参照

要介護認定等基準時間は、介護に要する時間を測るための「ものさし」であり、示された時間に応じて要介護状態区分が決まる。要介護

認定等基準時間が隣の区分の境界の近くに位置するのか、遠くに位置するのかの相対的位置関係を把握することは介護の手間にかかる審査判定において合議体の中で議論が分かれた場合などに、共通の視点をもつことができるという意味で有用である。

④ 参考指標による妥当性検証

介護の手間にかかる審査判定にあたっては、「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」や「要介護度変更の指標」など、過去の審査判定データを参考指標として参照することができる。

参考指標については、介護認定審査会の開催時に配布するなど常に参照できるようにしておくことが重要である。

新たな要介護認定方法の導入に当たり、認定審査会において、従来の認定方法と比較した検証を行うことも重要であることから、検証を行うにあたっては、一次判定を変更した場合に限らず、変更しない場合においても、必要に応じて活用されたい。

議論は、特記事項または主治医意見書に記載された介護の手間の記載に基づいて行う。それ以外の情報は、議論の参考にはできるが、一次判定変更の理由にはならない。したがって、特記事項または主治医意見書に具体的な介護の手間を読み取ることができない場合は、一次判定を変更することはできない。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布は、申請者の障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度の組み合わせと、二次判定後の要介護度の分布を、過去の審査判定結果を統計的に処理した結果に基づき表示した指標である。審査対象者が日常生活自立度の観点から、どのような要介護度に決定されることが多いかについての比率を示していることから、当該ケースの変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布」については、平成20年のデータをもとに集計したものを示している。(別紙6を参照。)

要介護度変更の指標は、過去の審査判定において一次判定の変更が行われたケースにおける、特徴的な調査項目の選択状況を、統計的な処理に基づき示したものであり、重度変更または軽度変更された審査対象者の調査項目の選択肢の傾向を示している。過去のデータにおいては、●と○の数の差が3つ以上ある場合に、変更されている場合が多いことがわかっていることから、当該場合の変更の妥当性を確認・検証する際に参考にすることができる。「要介護度変更の指標」については、認定調査項目が変更になったことから、本通知発出後、平成21年度のデータをもとに新たに作成することとしており、当面

の間、本通知において示すものを使用されたい。(別紙6を参照。)

介護の手間に係る審査判定において一次判定の結果を変更する場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅡによるものとする。

(3) 状態の維持・改善可能性にかかる審査判定

介護の手間に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定した場合には、認定審査会資料に示された「認知機能・状態の安定性の評価結果」を原案として、特記事項及び主治医意見書の内容を加味した上で、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像について」を参照して、状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかについて、判定を行う。

要介護認定等基準時間三十二分以上五十分未満の申請者は、「認知機能の低下の評価」及び「状態の安定性に関する評価」の結果に基づき、「要支援2」と「要介護1」のいずれかが一次判定として介護認定審査会資料に表示される。

表示された結果と、特記事項、主治医意見書の記載を比較検討し、整合性の確認を行い、必要に応じて変更を行うことができる。

認知機能の低下、状態の安定性に関する評価を変更する際は、具体的な理由を、特記事項及び主治医意見書から明らかにし、これを記録する。

一次判定ソフトでは、過去の全国の判定結果に基づき、認定調査項目から、「認知機能の低下」及び「状態の安定性」という二つの要件の蓋然性を推計し、その結果を介護認定審査会資料に掲載している（別紙2-1を参照。）。

ただし、ここで示される結果は、統計に基づく推計値であるため、すべての場合で、必ずしも実態と整合するとは限らない。必ず認定審査会での議論を通じて、特記事項及び主治医意見書の内容を吟味の上、「認知機能の低下」「状態の安定性」についての定義に基づき判定を行う。

また、二次判定での変更により、「要介護認定等基準時間が、三十二分以上五十分未満」に相当すると判断した場合も、介護認定審査会資料の推計値と特記事項、主治医意見書の記載を参照し、「認知機能の低下」「状態の安定性」の観点から判定を行う。その際、一時的に「歩行が不安定」または「精神的に不安定」といった要素があることのみを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできず、あくまでも、要介護度の再評価が短期間（概ね6か月程度）に必要なかどうかという観点

から変更を行う。

なお、認定調査員は、認知症に関する医学的知識を必ずしも持ち合わせているとは限らず、また、主治医も患者の自宅での生活について限定された情報しか把握していない場合があることから、認知症高齢者の日常生活自立度は慎重な吟味が必要である。その上で介護認定審査会資料に提示された「認知機能の評価結果」及び特記事項、主治医意見書の記載内容をもとに、予防給付等の利用の理解が困難かどうか、総合的に判定する必要がある。平成21年度の認定調査から、申請者のより詳細な認知症に関する情報を調査員から伝えてもらえるように、認知症高齢者の日常生活自立度についても特記事項を記載する欄を設けることとした。こうした情報についても留意し、審査判定を行う。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定に当たっては、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」のⅢによるものとする。

状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した場合には、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像について」に示された、いずれの状態像に該当するか確定する。

3) 認定審査会が付する意見

認定審査会は、認定の有効期間及び被保険者の要介護状態又は要支援状態の軽減又は悪化を防止するために必要な療養について、意見を付することができるが、認定審査会が必要に応じて付する意見について特に留意すべき点は以下の通りである。

(1) 認定の有効期間を定める場合の留意事項

認定審査会が認定の有効期間について意見を述べる場合は、「現在の状況がどの程度継続するか」との観点から以下の考え方を基本に認定の有効期間についての検討を行う。

[認定の有効期間を原則より短く定める場合]

- ・状態の維持・改善可能性に係る審査判定において要介護1と判定した者であって、別紙5に示した「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像」のうち、「疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態」に該当するとされた者等、身体上または精神上的の生活機能低下の程度が短期間に変動しやすい状態にあると考えられる場合
- ・施設から在宅、在宅から施設に変わる等、置かれている環境が大きく変化する場合等、審査判定時の状況が変化しうる可能性があると考えられる場合
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

[認定の有効期間を原則より長く定める場合]

- ・身体上または精神上の生活機能低下の程度が安定していると考えられる場合
- ・同一の施設に長期間入所しており、かつ長期間にわたり要介護状態等区分に変化がない場合等、審査判定時の状況が、長期間にわたって変化しないと考えられる場合（重度の要介護状態にある場合を基本とするが、個々の事例ごとに原則より長期間要介護状態が継続すると見込まれる場合を判断する）
- ・その他、認定審査会が特に必要と認める場合

- (2) 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見
介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

「介助の方法」の項目で、「介助されていない」状態や「実際に行われている介助」が、対象者にとって不適切であるとして、認定調査員が考える適切な介助の方法を選択した場合は、適切な介助の方法について意見を付することもできる。

ケアプランを作成する介護支援専門員は、必ずしも保健・医療・福祉のすべての分野に精通しているわけではない。これらの有識者の集合体である合議体の視点から見て、特に必要である療養に関して意見を述べることで、被保険者にとってよりよいサービスが提供されることが期待されている。特に、実際に行われている介助が不適切な場合、療養に関する意見を付す。

なお、介護認定審査会は意見を述べることができるが、サービスの種類を直接に指定することはできない。

「要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見」が付された場合、その意見に基づき、市町村はサービスの種類を指定することができる。ただし、市町村がサービスの種別を指定すると、申請者は指定されたサービス以外は利用できなくなるため、申請者の状況について慎重に検討する必要がある。

種類の指定にあたっては「通所リハビリテーションを含む居宅サービス」等、複数のサービスを組み合わせての指定が可能である点に留意する。

特に、実際に行われている介助が不適切な場合や介護認定審査会から療養についての意見が付された場合に、市町村は介護支援専門員と連絡

を取り、適切に介護が提供されるように努めることが重要である。

4) 審査及び判定に当たっての留意事項

(1) 概況調査等の取扱いについて

概況調査及び過去に用いた審査判定資料については、認定審査会が当該審査対象者の状態を把握するために参照することはさしつかえないが、審査判定の際の直接的な資料としては用いない。

なお、概況調査の結果等を参照した場合であっても、4-2)の規定に基づいて、一次判定により示された要介護状態等区分の結果及び認知機能・状態の安定性の評価結果を変更することとした場合には、別紙4の「要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について」によるものとする。

(2) 認知機能・状態の安定性の評価結果の取扱いについて

認定審査会資料のうち別紙2の「認知機能・状態の安定性の評価結果」は、介護の手に係る審査判定において要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態と判定された者に対する状態の維持・改善可能性に係る審査判定においてのみ用い、介護の手に係る審査判定において「認知機能・状態の安定性の評価結果」を用いることはできない。

(3) 委員が審査判定に加われない場合について

市町村は、審査判定を行う合議体に審査対象者が入院若しくは入所し、又は介護サービスを受けている施設等に所属する委員が含まれないように、審査判定を行う合議体の調整に努める。

審査対象者が入所等をしている施設等に所属する者が、当該合議体に委員として出席している場合には、当該審査対象者の審査及び判定に限って、当該委員は判定に加わることができない。ただし、当該審査対象者の状況等について意見等を述べることは差し支えない。

(4) 認定審査会への委員及び事務局員以外の参加について

審査判定にあたって、必要に応じて、審査対象者及びその家族、主治医、認定調査員及びその他の専門家の意見を聞くことができる。

(5) 認定審査会の公開について

認定審査会は、第三者に対して原則非公開とする。

(6) 記録の保存について

審査判定に用いた記録の保存方法等については、必要に応じて各市町村ごとにその取扱いを定める。

(7) 国への報告について

別途設置する認定支援ネットワークシステムを用いて、審査判定があった日の翌月の10日までに別途定める事項を国に報告する。

5 認定審査会の簡素化

以下の(1)から(6)の全ての要件に合致する場合、「3 審査及び判定」及び「4 認定審査会開催の手順」の規定によらず、認定審査会を簡素化して実施することとしても差し支えない。

(1) 審査対象者が、介護保険法第7条第3項第1号または同条第4項第1号に定める者であること

(2) 介護保険法第28条に定める要介護更新申請又は第33条に定める要支援更新申請であること

(3) 一次判定(4の2)の(1)に定める「一次判定の修正・確定」を行う前のもの。以下本項において同じ。)における要介護度が、前回認定結果の要介護度と同一であること

(4) 現在の認定有効期間が12か月以上であること

(5) 一次判定における要介護度が「要支援2」又は「要介護1」である場合、別紙2-3の表9に定める状態の安定性判定ロジックの判定結果が「不安定」でないこと

(6) 一次判定における要介護認定等基準時間が、次のいずれにも含まれないこと

- ・ 29分以上 32分未満
- ・ 47分以上 50分未満
- ・ 67分以上 70分未満
- ・ 87分以上 90分未満
- ・ 107分以上 110分未満

一次判定結果について

- 原則として、「要介護認定等基準時間の推計の方法」(平成12年厚生省告示第91号)により算定された時間について、「要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令」(平成11年厚生省令58号)に基づく要支援状態区分又は要介護状態区分(以下「要介護状態等区分」という。)を一次判定結果とする。
- また、要件1及び要件2を満たす場合は、加算前の一次判定結果に表4に示す加算する分数を加算し、さらに要件3を満たす場合は、加算前の一次判定結果に表5に示す加算する分数を加算し、最終的な一次判定結果とする。この場合において、「要支援2」及び「要介護1」については、どちらも「要介護認定等基準時間が三十二分以上五十分未満である状態(当該状態に相当すると認められないものを除く。)又はこれに相当すると認められる状態」であるから同じ加算する分数を用いるものとする
- なお、加算する分数とは、要介護状態等区分が必ず繰り上がるように、隣り合う要介護状態等区分の境目の分数の中間点の差を積み足す分数である。

要件1：

「認知症高齢者の日常生活自立度」がⅢ、Ⅳ又はMかつ、「障害高齢者の日常生活自立度」が自立、J又はAであり、要介護認定等基準時間が70分未満の者

要件2：

一次判定結果ごとに、表1、表2及び図を用いて、定数項を含めた各調査項目等のスコアを加算し、0.5を超えるとき

要件3：

一次判定結果ごとに、表3の左欄に掲げる項目が右欄に示す数に該当するとき

表1 スコア表(要介護1以下)

定数項	6.395
-----	-------

つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.397	全介助	0.662		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.696	全介助	0.724	行っていない	0.724
排尿	介助されていない	0.000	見守り等	0.386	一部介助	0.926	全介助	1.261
洗顔	介助されていない	0.000	一部介助	0.800	全介助	0.800		
上衣の着脱	介助されていない	0.000	見守り等	0.796	一部介助	1.414	全介助	1.414
金銭の管理	介助されていない	0.000	一部介助	1.000	全介助	1.411		
買い物	介助されていない	0.000	見守り等	0.783	一部介助	1.205	全介助	1.205
身体機能・起居動作(中間評価得点)		-0.047	(中間評価得点を乗じる)					
生活機能(中間評価得点)		-0.015	(中間評価得点を乗じる)					
精神・行動障害(中間評価得点)		-0.054	(中間評価得点を乗じる)					

表2 スコア表(要介護2)

定数項	12.785
-----	--------

つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.333	全介助	0.713		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.528	全介助	0.985	行っていない	0.985
移乗	介助されていない	0.000	見守り等	1.113	一部介助	1.113	全介助	1.113
外出して戻れない	ない	0.000	ときどきある	0.723	ある	0.736		
理解及び記憶 (主治医意見書)	0レベル	0.000	1レベル	0.083	2レベル	1.010	3レベル	1.010
	4レベル	1.089	5レベル	1.089	6レベル	1.089		
生活機能(中間評価得点)		-0.122	(中間評価得点を乗じる)					
社会生活への適応(中間評価得点)		-0.018	(中間評価得点を乗じる)					
精神・行動障害(中間評価得点)		-0.064	(中間評価得点を乗じる)					

図 理解および記憶（主治医意見書）の算出方法

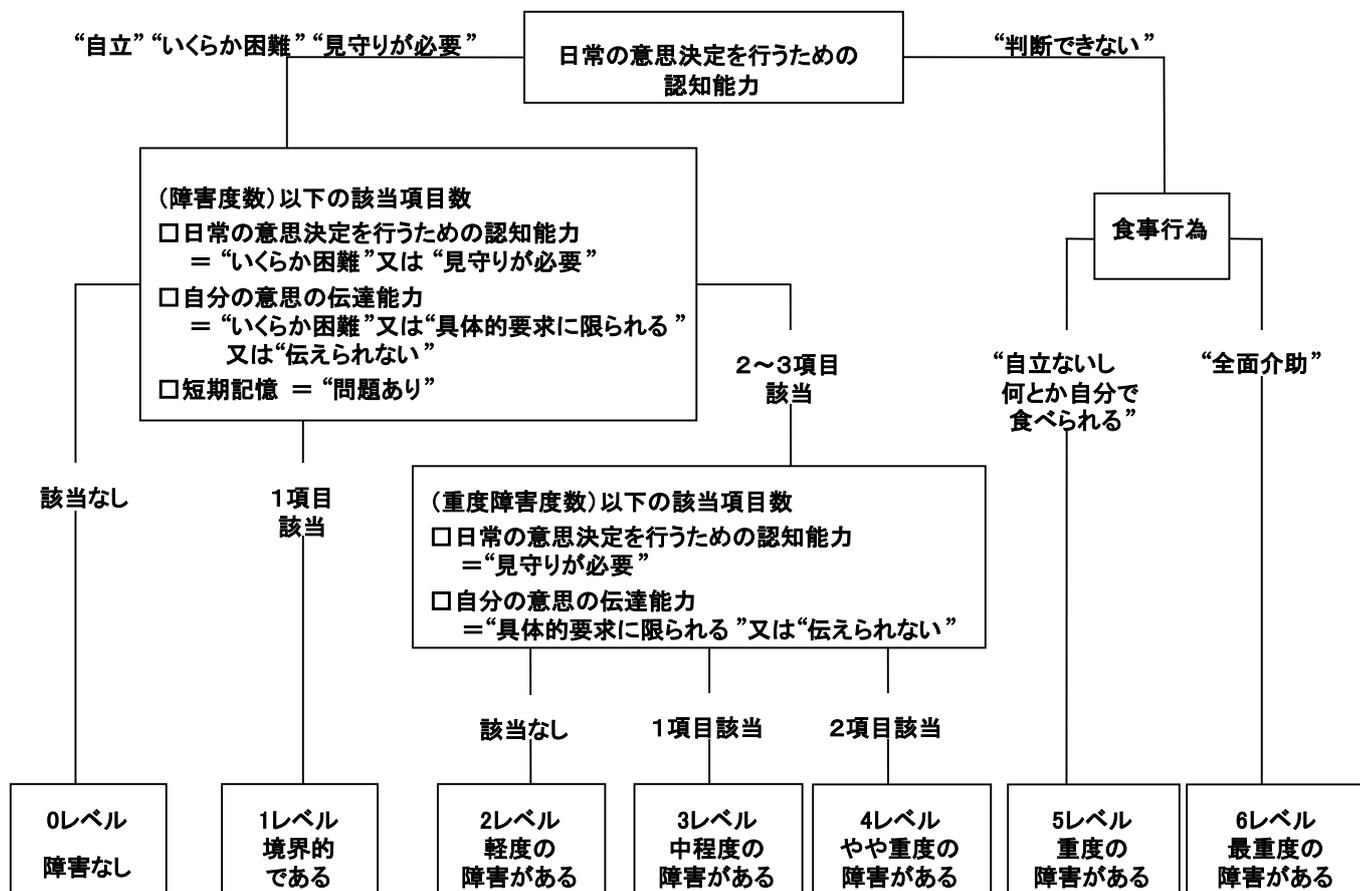


表 3

大声を出す	自立(非該当) (要介護認定等基準時間が 25分未満である状態) 1項目以上に該当
介護に抵抗	要支援1 (要介護認定等基準時間が 25分以上 32分未満である状態) 2項目以上に該当
徘徊	要支援2、要介護1 (要介護認定等基準時間が 32分以上 50分未満である状態) 4項目以上に該当
外出して戻れない	要介護2 (要介護認定等基準時間が 50分以上 70分未満である状態) 5項目以上に該当
1人で外に出たがる	

表 4

加算前の一次判定結果	加算する分数
非該当	7分
要支援1	12.5分
要支援2、要介護1	19分
要介護2	20分

表 5

加算前の一次判定結果	加算する分数
非該当	19.5分
要支援1	31.5分
要支援2、要介護1	39分
要介護2	40分

「認知機能・状態の安定性の評価結果」における一次判定ソフトにより推計される給付区分について

認知機能・状態の安定性の評価は、認知症高齢者の日常生活自立度を含む認定調査の結果と主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度等の組み合わせにより行う。

認知症高齢者の日常生活自立度において、認定調査と主治医意見書で、一方が「自立またはⅠ」、他方が「Ⅱ以上」と異なる場合、別紙2-2による方法により、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性を表示する。

認定調査項目の結果に従い、表6～8に基づいた判断が行われ、介護給付か予防給付かが表示される。

表6 認定調査結果と主治医意見書に基づく給付区分の評価

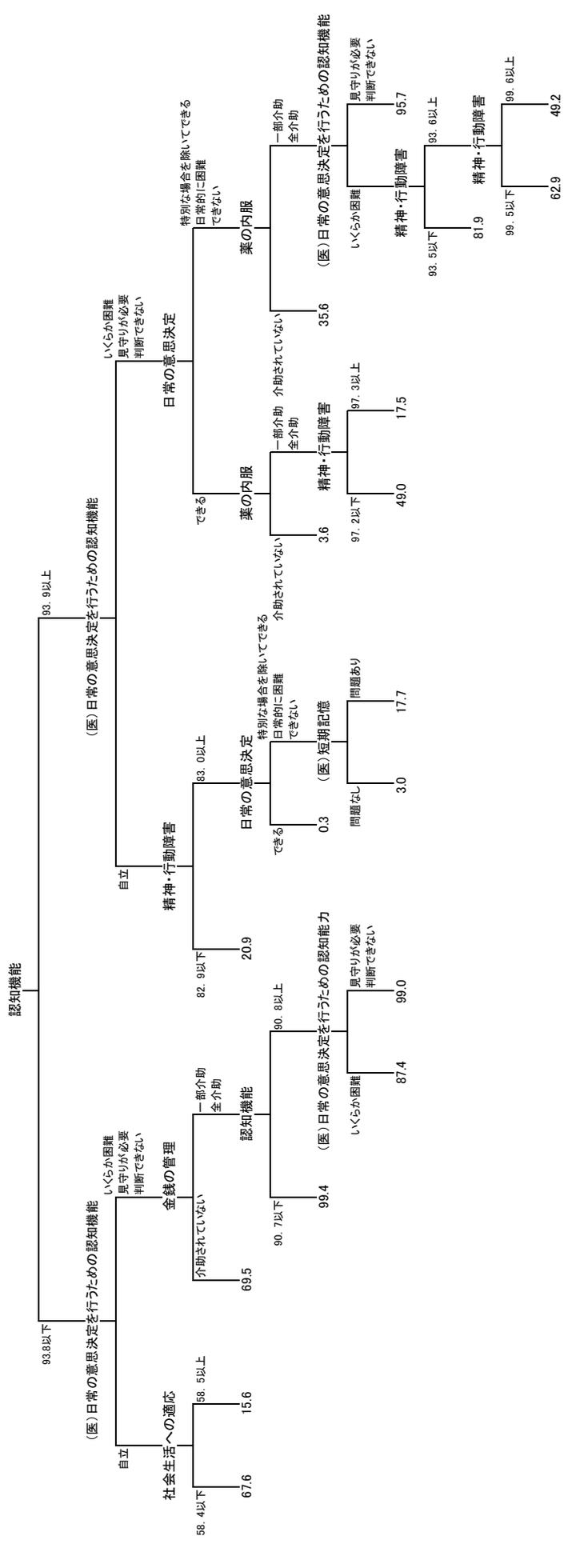
		認定調査結果の認知症高齢者の日常生活自立度	
		自立またはⅠ	Ⅱ以上
主治医意見書の認知症高齢者の日常生活自立度	自立またはⅠ	「状態の安定性」により評価(表8参照)	「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性」により評価(表7参照)
	Ⅱ以上	「認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性」により評価(表7参照)	介護給付
	記載なし	「状態の安定性」により評価(表8参照)	介護給付

表7 認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性による給付区分の評価

認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性	給付区分
50%未満	「状態の安定性により評価」(表9参照)
50%以上	介護給付

表8 状態安定性による給付区分の評価

状態の安定性	給付区分
安定	予防給付
不安定	介護給付



※ 末端の数字は認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上の蓋然性 (%)

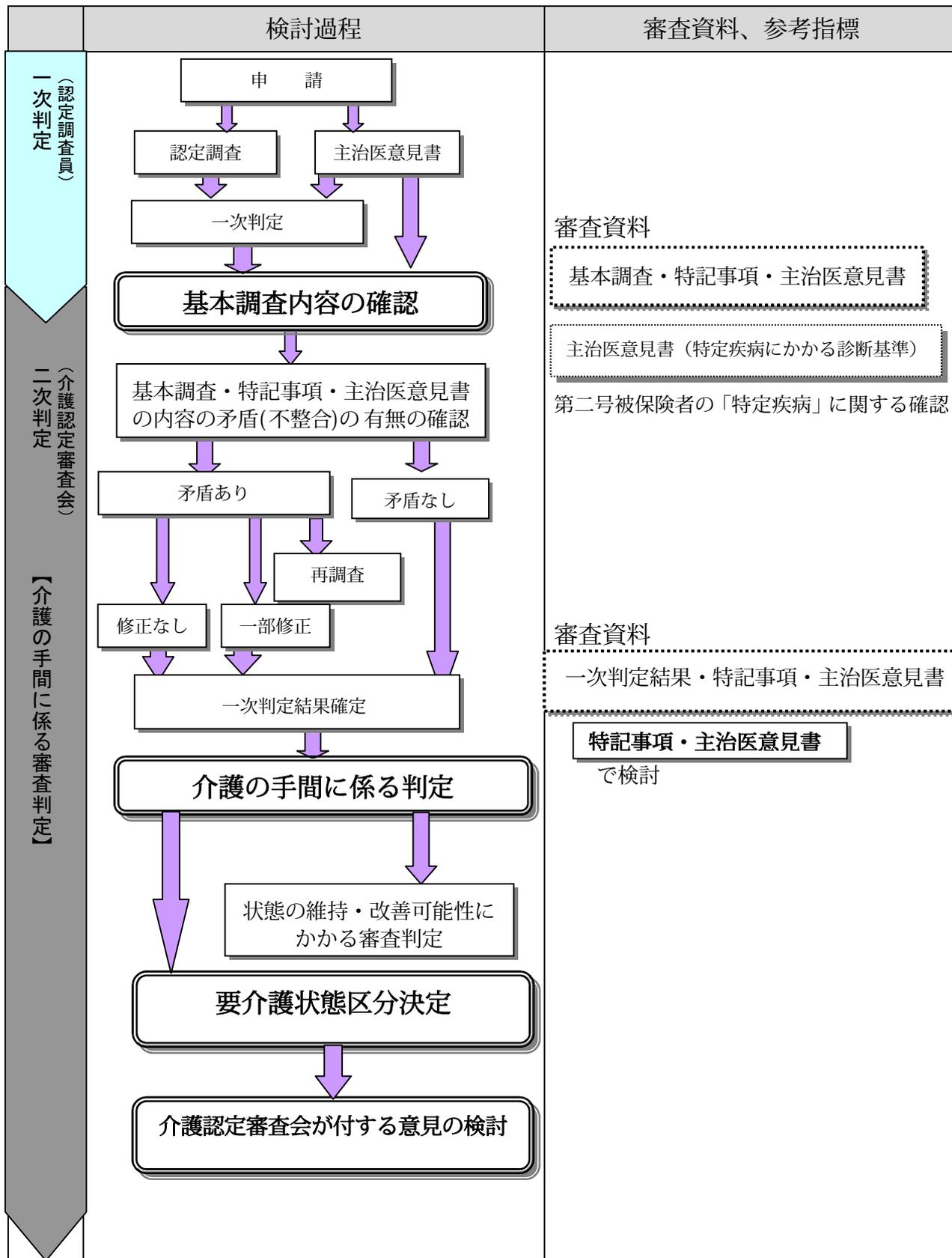
(別紙2-3)

認定ソフトによる基本調査結果に基づく状態の安定性の判定ロジックについて

表9の定数項を含めた基本調査項目のスコアを加算し、0.5を超えるときは、「不安定」、0.5以下の時は「安定」と認定審査会資料に表示する。

表9 状態の安定性判定ロジック

定数項	-1.047							
歩行	できる	0.000	つかまれば可	0.187	できない	0.871		
つめ切り	介助されていない	0.000	一部介助	0.117	全介助	0.117		
洗身	介助されていない	0.000	一部介助	0.248	全介助	0.789	行っていない	0.789
移乗	介助されていない	0.000	見守り等	0.332	一部介助	0.760	全介助	0.760
排尿	介助されていない	0.000	見守り等	0.406	一部介助	0.839	全介助	0.839
ズボン等の着脱	介助されていない	0.000	見守り等	0.366	一部介助	0.451	全介助	0.775
口腔清潔	介助されていない	0.000	一部介助	0.521	全介助	0.521		
今の季節を理解	できる	0.000	できない	0.525				
毎日の日課を理解	できる	0.000	できない	0.438				
介護に抵抗	ない	0.000	ときどきある	0.421	ある	0.496		
日常の意思決定	できる	0.000	特別な場合を除いてできる	0.338	日常的に困難	0.618	できない	1.445
金銭の管理	介助されていない	0.000	一部介助	0.320	全介助	0.771		
薬の内服	介助されていない	0.000	一部介助	0.482	全介助	1.079		



要介護状態等区分の変更等の際に勘案しない事項について

介護認定審査会における審査判定は、要介護認定等基準時間等に基づいて設定されている要介護認定基準及び要支援認定基準に照らして行うものであり、介護の手間に係る審査判定の際の具体的な検討においては、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、通常の例に比べてより長い（短い）時間を介護に要するかどうかの判断に基づいて行うこととする。

また、状態の維持・改善可能性の審査判定の際の具体的な検討においては、認定審査会資料に示された認知機能・状態の安定性の評価結果を原案として、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、別紙5の「予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像」を参照して、要介護1又は要支援2のいずれの要介護状態等区分に該当するかの判断に基づいて行うこととする。ただし、以下に掲げる事項を勘案して基本調査の調査結果の一部修正や一次判定の結果及び認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

なお、別紙6の参考指標を用いて判定結果の妥当性を検証することは差し支えない。

I 基本調査結果の一部修正

以下の事項に基づいて基本調査の調査結果の一部修正を行うことはできない。ただし、基本調査では得られなかった状況が特記事項又は主治医意見書の内容（認定審査会における認定調査員及び主治医の発言を含む。以下同じ。）等によって新たに明らかになった場合は必要に応じて変更を行うことができる。

- 1 既に当初の一次判定の結果で勘案された心身の状況
 - 1) 基本調査の調査結果と一致する特記事項の内容
特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。
 - 2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容
主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。
- 2 根拠のない事項
 - 1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況
特記事項又は主治医意見書の内容に特に記載がない場合は、記載されていない内容に基づいて基本調査結果の一部修正を行うことはできない。

II 介護の手間に係る審査判定における一次判定結果の変更

以下の事項に基づいて一次判定の結果を変更することはできない。ただし、特記事項又は主治医意見書の内容に基づいて介護に要する時間が延長又は短縮していると判断される場合は一次判定の結果の変更を行うことができる。

- 1 既に当初の一次判定の結果で勘案された心身の状況
 - 1) 基本調査結果と一致する特記事項の内容
特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて一次判定の結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容
主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 2 根拠のない変更
 - 1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況
特記事項又は主治医意見書に特に記載されていない状況を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 3 介護に要する時間とは直接的に関係しない事項
 - 1) 年齢
審査対象者の年齢を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 長時間を要するが自立している行為
ある行為について時間はかかるが自分で行っている（自立してる）場合は、時間がかかっていることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、長時間を要する「見守り」を行っており、その「見守り」によって、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。
 - 3) 参考指標
別紙6の参考指標のみを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、特記事項、主治医意見書の内容に基づき、介護に要する時間が延長又は短縮していると判断され、一次判定の結果の変更をした場合に限らず、変更しない場合においても、参考指標を検証のために使用することは差し支えない。
 - 4) 認知機能・状態の安定性の評価結果
認定審査会資料に示された認知機能・状態の安定性の評価結果を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
- 4 客観化できない心身の状況
 - 1) 審査対象者の意欲の有無
審査対象者の意欲の有無を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。
ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、本人の意欲の有無が原因となって、介護に要する時間が延長又は短縮している具体的な状況が生じていると判断される場合は変更を行うことができる。
- 5 心身の状況以外の状況
 - 1) 施設入所・在宅の別、住宅環境
施設入所しているか又は在宅であるか、あるいは審査対象者の住宅環境を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、施設入所・在宅の別、住宅環境が原因となって、介護に要する時間が延長または短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。

2) 家族介護者の有無

家族介護者の有無を根拠として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

ただし、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、家族介護者の有無が原因となって、介護に要する時間が延長または短縮していると判断される場合は変更を行うことができる。

3) 抽象的な介護の必要性

特記事項又は主治医意見書に、「介護の必要性が高い」等の抽象的な介護の必要性に関する記載のみがあり、具体的な状況に関する記載がない場合は、その内容を理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

4) 審査対象者の希望

特記事項又は主治医意見書に、「本人は介護給付を希望している」等の記載があることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

5) 現に受けているサービス

特記事項又は主治医意見書に、「現に介護サービスを受けている」等の記載があることを理由として一次判定の結果の変更を行うことはできない。

Ⅲ 状態の維持改善可能性に係る審査判定における認知機能・状態の安定性の評価結果の変更

以下の事項に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、特記事項又は主治医意見書の内容に基づいて別紙5に示した予防給付等の適切な利用が見込まれない状態像に該当する、あるいは該当しないと判定した場合には認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことができる。

1 既に認知機能・状態の安定性の評価結果で勘案された心身の状況

1) 基本調査結果と一致する特記事項の内容

特記事項の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

2) 基本調査結果と一致する主治医意見書の内容

主治医意見書の内容が基本調査の調査結果と一致し、特に新たな状況が明らかになっていない場合は、その内容に基づいて認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

2 根拠のない変更

1) 特記事項又は主治医意見書に基づかない審査対象者の状況

特記事項又は主治医意見書に特に記載されていない状況を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

3 状態の維持・改善可能性とは直接的に関係しない事項

- 1) 年齢
審査対象者の年齢を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 2) 罹患している傷病及び加療の状況
審査対象者の罹患している疾病や外傷の傷病名、あるいは、疾病や外傷の症状の軽重及び症状が不安定であることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。また、加療の状況や日内変動の有無を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。ただし、認知機能・状態の安定性の評価結果にて予防給付等に相当するとされた審査対象者について、特記事項又は主治医意見書に記載されている内容に基づき、傷病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予想され、それに伴い要介護度の変化も短期間で生ずる恐れが高く、短期間（概ね6か月程度）での要介護状態の再評価が必要と判断される場合は変更を行うことができる。
- 3) 一次判定の結果
認定審査会資料に示された一次判定の結果を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 4) 介護の手間
審査対象者にかかる介護の手間の多少を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。要介護認定等基準時間を認知機能・状態の安定性の評価結果の変更の根拠に用いることはない。
- 4 客観化できない心身の状況
 - 1) 審査対象者の意欲の有無
審査対象者の意欲の有無を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
- 5 心身の状況以外の状況
 - 1) 施設入所・在宅の別、住宅環境
施設入所しているか又は在宅であるか、あるいは審査対象者の住宅環境を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 2) 家族介護者の有無
家族介護者の有無を根拠として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 3) 抽象的な介護等の必要性
特記事項又は主治医意見書に、「介護の必要性が高い」、「介護給付がふさわしい」等の抽象的な記載のみがあり、具体的な状況に関する記載がない場合は、その内容を理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 4) 審査対象者の希望
特記事項又は主治医意見書に、「本人は介護給付を希望している」等の記載があることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。
 - 5) 現に受けているサービス
特記事項又は主治医意見書に、「現に介護予防サービスを受けている」等の記載があることを理由として認知機能・状態の安定性の評価結果の変更を行うことはできない。

予防給付の適切な利用が見込まれない状態像について

介護認定審査会における状態の維持・改善可能性の審査判定において、予防給付の適切な利用が見込まれない状態像は、以下のとおりとする。

① 疾病や外傷等により、心身の状態が安定していない状態

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

- ・ 「心身の状態が安定していない状態」とは、罹患している傷病の日内変動の有無や予後予測の困難さに基づき判断するものではなく、疾病や外傷により短期間で心身の状態が変化することが予測され、それに伴い、要介護度の変化も短期間で生ずるおそれが高く、例えば、要介護認定の有効期間を原則より短く（概ね6か月程度）して、要介護状態等の再評価が必要な状態が該当する。
- ・ したがって、主治医意見書等に疾病や外傷の症状が不安定との記載があることのみをもって当該状態に該当するものではなく、また、短期間での要介護度の再評価が必要でない場合等も該当しない。
- ・ さらに、これらの状態の判断は、個別サービスの利用の適格性に着目して行うのではなく、心身の状態が短期間に変動し易いため特定の要介護状態等区分への判定が相当困難で、比較的短期間での再評価が必要な状態が該当する。

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

- 「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上の者であって、一定以上の介護が必要な程度の認知症があるもの。
- その他の精神神経疾患の症状の程度や病態により、予防給付の利用に係る適切な理解が困難であると認められるもの

- ・ アルツハイマー病や血管性認知症といった病名のみから判断するものではなく、特記事項、主治医意見書の記載内容から「認知症高齢者の日常生活自立度」が概ねⅡ以上である状態が該当する。
- ・ 特定の基本調査項目の結果のみに着目し、その結果をもって当該状態に該当するものではない。
- ・ 認知症症状が一時的に現れている場合であっても、特記事項、主治医意見書の記載内容などから、適切な医学的管理により認知機能が改善すると判断される場合には、その状態に基づいて判定する。

日常生活自立度の組み合わせによる要介護度別分布

平成20年1月～12月申請データ(平成21年2月末日現在)

認知症高齢者自立度: 自立

	自立	J	A	B	C
非該当	42.1%	5.0%	0.4%	0.0%	0.0%
要支援1	42.5%	59.3%	19.7%	1.0%	0.0%
要支援2・要介護1	13.8%	34.6%	61.3%	14.7%	0.3%
要介護2	0.8%	1.1%	15.2%	30.6%	1.8%
要介護3	0.4%	0.1%	3.0%	39.3%	19.8%
要介護4	0.2%	0.0%	0.3%	12.5%	42.8%
要介護5	0.1%	0.0%	0.0%	2.0%	35.3%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度: III

	自立	J	A	B	C
非該当	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.8%	0.4%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	28.1%	20.9%	4.7%	0.2%	0.0%
要介護2	41.8%	44.7%	27.4%	2.7%	0.0%
要介護3	26.1%	30.2%	53.9%	24.3%	1.8%
要介護4	3.0%	3.7%	13.0%	56.8%	24.5%
要介護5	0.2%	0.1%	1.0%	16.0%	73.7%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度: I

	自立	J	A	B	C
非該当	15.4%	1.9%	0.1%	0.0%	0.0%
要支援1	61.6%	44.0%	10.8%	0.3%	0.0%
要支援2・要介護1	22.1%	51.9%	63.7%	8.7%	0.1%
要介護2	0.8%	2.1%	20.4%	26.4%	0.9%
要介護3	0.2%	0.1%	4.5%	44.4%	13.2%
要介護4	0.0%	0.0%	0.4%	17.8%	44.8%
要介護5	0.0%	0.0%	0.0%	2.3%	40.9%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度: IV

	自立	J	A	B	C
非該当	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	0.0%	0.1%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	2.6%	2.4%	0.4%	0.0%	0.0%
要介護2	11.8%	10.9%	3.8%	0.3%	0.0%
要介護3	52.9%	52.4%	31.8%	5.0%	0.2%
要介護4	28.0%	30.8%	52.9%	44.9%	6.4%
要介護5	4.6%	3.3%	11.0%	49.7%	93.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度: II

	自立	J	A	B	C
非該当	0.8%	0.2%	0.0%	0.0%	0.0%
要支援1	20.9%	12.0%	2.0%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	70.7%	75.7%	48.0%	3.5%	0.0%
要介護2	7.0%	11.2%	37.1%	17.2%	0.3%
要介護3	0.6%	0.9%	11.6%	45.6%	6.3%
要介護4	0.1%	0.0%	1.2%	29.3%	41.7%
要介護5	0.0%	0.0%	0.1%	4.3%	51.6%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

認知症高齢者自立度: M

	自立	J	A	B	C
非該当	1.9%	0.4%	0.1%	0.1%	0.0%
要支援1	1.9%	2.4%	0.3%	0.0%	0.0%
要支援2・要介護1	32.3%	25.6%	6.7%	0.2%	0.0%
要介護2	19.0%	22.5%	12.4%	1.1%	0.0%
要介護3	25.3%	27.6%	29.4%	6.1%	0.1%
要介護4	13.9%	17.4%	35.2%	28.4%	1.9%
要介護5	5.7%	4.1%	15.9%	64.1%	98.0%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

要介護度変更の指標

○本指標は、二次判定と一次判定を比較して、二次判定の要介護度がより軽度又は重度である者について統計的に処理を行い、調査項目の選択肢の傾向を分析したものである。

(1)一次判定結果をより軽度に変更することの多い調査項目と選択肢 (平成16年度データ)

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
食事摂取	一部介助以下	1,2,3						○
意思の伝達	ときどきできる以下	1,2						○
日常の意思決定	特別な場合以下	1,2					○	
毎日の日課を理解	できる	1					○	
短期記憶	できる	1					○	
口腔清潔	介助されていない	1				○		
薬の内服	介助されていない	1			○	○		
日常の意思決定	できる	1			○	○		
洗身	介助されていない	1			○			
歩行	できる	1		○				
つめ切り	介助されていない	1		○				
片足での立位	できる	1	○	○				
起き上がり	できる	1	○					
立ち上がり	できる	1	○					

(2)一次判定結果をより重度に変更することの多い調査項目と選択肢

調査項目	選択肢		一次判定結果					
			自立	要支援1	要介護1 要支援2	要介護2	要介護3	要介護4
金銭の管理	一部介助以上	2,3	●					
日常の意思決定	特別な場合以上	2,3,4	●					
同じ話をする	ある	3	●					
短期記憶	できない	2	●	●				
金銭の管理	全介助	3		●				
毎日の日課を理解	できない	2		●				
今の季節を理解	できない	2		●				
薬の内服	一部介助以上	2,3			●			
口腔清潔	一部介助以上	2,3			●	●		
洗顔	一部介助以上	2,3			●	●		
整髪	一部介助以上	2,3			●	●		
場所の理解	できない	2				●		
移乗	全介助	4					●	
上衣の着脱	全介助	4					●	
洗顔	全介助	3					●	
自分の名前を言う	できない	2					●	
座位保持	できない	4						●
食事摂取	全介助	4						●
えん下	できない	3						●

※調査項目「飲水」を削除し、選択肢「自立」を「介助されていない」に修正した

老老発 0816 第 1 号
令和 3 年 8 月 16 日

各

都 道 府 県
指 定 都 市

 介護保険主管部（局）長 殿

厚生労働省老健局老人保健課長
(公 印 省 略)

要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について

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 3 月 31 日老発第 0331 第 5 号厚生労働省老健局長通知。最終改正令和 3 年 4 月 1 日。）により、認定調査票（概況調査）及び主治医意見書の様式の見直しについてお示しし、
- ・ 介護保険法施行令等の一部を改正する政令等の施行に当たって、「介護保険法施行令等の一部を改正する政令等の公布について（通知）」（令和 3 年 4 月 1 日老発 0401 第 5 号厚生労働省老健局長通知）により、その趣旨及び内容をお示ししたところである。

今般、見直し後の認定調査票（概況調査）及び主治医意見書の様式の記入方法等及び介護保険法施行令等の一部改正を踏まえた特定疾病に係る診断基準について明確化するため、別添の通り見直しを行うこととしたので通知する。

当該内容について御了知の上、貴管内市区町村にその周知徹底を図られたい。

「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」
の一部改正についての新旧対照表

(傍線部分は改正部分)

改正前	改正後
<p>(別添1) 認定調査票記入の手引き</p> <p>I、II (略)</p> <p>III 1 1) 1) ~ 4) (1) (略)</p> <p>(2) 施設利用の場合 施設・病院に入所(院)している場合は、該当する施設等の口欄にV印をつけ、施設(病院)名、住所及び電話番号を記入する。</p> <p>5) 置かれている環境等(IV) 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入する。置かれている状況等は、介護認定審査会資料にて情報提供されることがある。 ただし、置かれている環境等を根拠に二次判定での変更を行うことは認められておらず、あくまで参考の情報として扱う。</p> <p>III 2 (略)</p> <p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き</p> <p>I 1 (略) 介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、平易にわかりやすく記入してください。</p> <p>2 (略)</p>	<p>(別添1) 認定調査票記入の手引き</p> <p>I、II (略)</p> <p>III 1 1) 1) ~ 4) (1) (略)</p> <p>(2) 施設等利用の場合 施設・病院等に入所(院)している場合は、該当する施設等の口欄にV印をつけ、施設等名、住所及び電話番号を記入する。 なお、医療機関における病床の種別(精神病床等)や障害福祉サービス(グループホーム等)等、調査対象者の状況について、<u>介護の必要性を判断する際に参考となる事項についても記入する。</u></p> <p>5) 置かれている環境等(IV) 調査対象者の家族状況、調査対象者の居住環境、日常的に使用する機器・器械の有無等について特記すべき事項を記入する。なお、家族状況のチェック欄の選択にあたっては、<u>在宅の場合に家族と同居することとなるか否かの観点で選択する。そのため、施設入所者であっても、配偶者不在等により、在宅において家族と同居することが想定されない場合は「独居」を選択する。</u>置かれている状況等は、<u>介護認定審査会資料にて情報提供されることがある。</u> ただし、置かれている環境等を根拠に二次判定での変更を行うことは認められておらず、あくまで参考の情報として扱う。</p> <p>III 2 (略)</p> <p>(別添2) 主治医意見書記入の手引き</p> <p>I 1 (略) 介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、<u>平易で平易にわかりやすく記入してください。</u></p> <p>2 (略)</p>

Ⅲ 記入マニュアル

0. 基本情報

「申請者の氏名」等

(略)

- ・認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自度の決定
(新設)

(略)

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、
電話番号、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の
所在地及び名称等は、ゴム印を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があります。医師
氏名のみは医師本人による自署をお願いします。氏名にもゴム印等を用
いる場合は、押印してください。

1. 傷病に関する意見

(1) (略)

(2) 症状としての安定性

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

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

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

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

Ⅲ 記入マニュアル

0. 基本情報

「申請者の氏名」等

(略)

- ・認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自度の決定
- ・レポート情報等との連結解析や国保データベース (KDB) システムでの
利活用による保険者の支援

(略)

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、
電話番号、FAX、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の
所在地及び名称等は、ゴム印を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があります。医師
氏名のみは医師本人による自署をお願いします。

1. 傷病に関する意見

(1) (略)

(2) 症状としての安定性

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

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な
医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体
的な内容を自由記載欄に記載してください。例えば、進行性のがんで、急激
な悪化が見込まれる場合については「5. 特記すべき事項」ではなく、本項
に記載することが望まれます。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。特に精神疾患患者にあっては、可能な限り日頃の状況を把
握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意する。

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「(1) 1. 診断名」に記入した生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容については、生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入してください。

2 (略)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 略

(2) 認知症の中核症状

(3) ~ (5) (略)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) ~ (4) (略)

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にしレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。

通所リハビリテーション (略)

(新設) (新設)

(新設) (新設)

短期入所療養介護 (略)

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「(1) 1. 診断名」に記入した生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容については、生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入してください。また、「2.」「3.」の診断名についても、生活機能低下の原因となっている傷病について記入してください。

2 (略)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 略

(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)

(3) ~ (5) (略)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) ~ (4) (略)

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にしレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の口にしレ印をつけてください。

通所リハビリテーション (略)

老人保健施設

施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じた自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居室における生活への復帰を旨とするものをいう。

介護医療院

要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う。

短期入所療養介護 (略)

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、「□あり」にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、()内に具体的な留意事項を記載してください。(略)

(7) (略)

5. 特記すべき事項

(略)

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や身体障害者申請診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。(略)

(別添3-1) (略)

(別添3-2)

1～5 (略)

6. 初老期における認知症

「アメリカ合衆国精神医学会作成 精神疾患の分類と診断の手引き第4版(DSM-IV-TR)」による基本的な診断基準を満たすものであって、以下の疾病によるものを除く。

1. 外傷性疾患
頭部外傷、硬膜下血腫など
2. 中毒性疾患
有機溶剤、金属、アルコールなど
3. 内分泌疾患
甲状腺機能低下症、Cushing病、Addison病など
4. 栄養障害
ビタミンB12欠乏症、ペラグラ脳症など

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、該当するものにレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないよう、()内に具体的な留意事項を記載してください。特記すべき留意事項がない場合は、「特記すべき項目なし」の口にレ印をつけてください。(略)

(7) (略)

5. 特記すべき事項

(略)

また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。(略)

(別添3-1) (略)

(別添3-2)

1～5 (略)

6. 初老期における認知症

「精神疾患の分類と診断の手引き 第5版(DSM-V-TR)」(アメリカ合衆国精神医学会作成)といった医学の専門家等において広くコンセンサスの得られた診断基準を用いて医師が診断するものであって、以下のような加齢によって生ずる心身の変化に起因しない疾病によるものを除く。

1. 外傷性疾患
頭部外傷、硬膜下血腫など
2. 中毒性疾患
有機溶剤、金属、アルコールなど
3. 内分泌疾患
甲状腺機能低下症、Cushing病、Addison病など
4. 栄養障害
ビタミンB12欠乏症、ペラグラ脳症など

診断基準

(1) 以下の a. 及び b. の両者による多彩な認知欠損の発現が認められること。

a. 記憶障害 (新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害)

b. 以下の認知障害の一つ (又はそれ以上)

ア. 失語 (言語の障害)

イ. 失行 (運動機能が損なわれなくてもかかわらず動作を遂行する能力の障害)

ウ. 失認 (感覚機能が損なわれなくてもかかわらず、対象を認識又は同定できないこと)

エ. 実行機能 (すなわち、計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する) の障害

(2) (1) の a. 及び b. の認知欠損は、その各々が、社会的又は職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示すこと。

(3) その欠損はせん妄の経過中のみ現れるものではないこと。

参考にした診断基準：

精神疾患の分類と診断の手引き 第4版 (DSM-IV-TR) (アメリカ合衆国精神医学会作成)

7～16 (略)

(削除)

(削除)

7～16 (略)

主治医意見書記入の手引き

I 介護保険制度における主治医意見書について

1 主治医意見書の位置付け

介護保険の被保険者が保険によるサービスを利用するためには、介護の必要性の有無やその程度等についての認定（要介護認定）を保険者である市町村から受ける必要があります。

この要介護認定は、市町村職員等による調査によって得られた情報及び主治医の意見に基づき、市町村等に置かれる保健・医療・福祉の学識経験者から構成される介護認定審査会において、全国一律の基準に基づき公平・公正に行われます。

介護保険法では、被保険者から要介護認定の申請を受けた市町村は、当該被保険者の「身体上又は精神上の障害（生活機能低下）の原因である疾病又は負傷の状況等」について、申請者に主治医がいる場合には、主治医から意見を求めることとされています。主治医意見書は、この規定に基づき、申請者に主治医がいる場合には、主治医がその意見を記入するものであり、その様式等については全国で一律のものを使用することとします。

要介護認定の結果如何によって、申請を行った高齢者は介護保険によるサービスを利用できるかどうか、また利用できる場合には在宅サービスの上限や施設に支払われる報酬が決定されることとなるものですから、審査判定に用いられる資料である主治医意見書の役割は極めて大きいものです。

介護認定審査会では、医療関係者以外の委員もその内容を理解した上で審査判定を行うこととなりますので、なるべく難解な専門用語を用いることは避け、楷書で平易にわかりやすく記入してください。

2 主治医意見書の具体的な利用方法

主治医意見書は、介護認定審査会において、主として以下のように用いられます。

- (1) 第2号被保険者の場合、生活機能低下の直接の原因となっている疾病が特定疾病に該当するかどうかの確認

申請者が40歳以上65歳未満の場合は、要介護状態の原因である身体上又は精神上の生活機能低下が政令で定められた16疾病（特定疾病）によることが認定の要件となっています。介護認定審査会は、主治医意見書に記入された診断名やその診断の根拠として記入されている内容に基づき、申請者の生活機能低下の原因となっている疾病がこの特定疾病に該当していることを確認します。その上で、介護の必要度等について、65歳以上の方と同様に審査及び判定を行います。

従って、特定疾病に該当している場合の診断根拠については、本主治医意見書内に記入してください。

(2) 介護の手間がどの程度になるのかの確認（介護の手間に係る審査判定）

介護認定審査会ではまず心身の状況に関する 74 項目の調査項目と主治医意見書に基づく一次判定結果を原案として介護の手間に係る審査判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査票の特記事項や主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、介護の手間の程度や状況等を総合的に勘案することとなりますので、必要に応じて一次判定結果は変更されます。

従って、介護の手間の程度や状況等について具体的な状況を挙げて記入してください。

(3) 状態の維持・改善可能性の評価（状態の維持・改善に係る審査判定）

介護認定審査会における介護の手間に係る審査判定において「要支援 2」「要介護 1」「要介護認定等基準時間が 32 分以上 50 分未満である状態（当該状態に相当すると認められないものを除く。）又はこれに相当すると認められる状態」と判定された者に対しては、続いて状態の維持・改善可能性に係る審査判定を行い、「要支援 2」「要介護 1」のいずれの要介護状態等区分に該当するか、判定を行います。審査判定にあたっては、認定調査項目や、特記事項、主治医意見書に記入された医学的観点からの意見等を加味して、心身の状態が安定していない者や認知症等により予防給付等の利用に係る適切な理解が困難な者を除いた者を「要支援 2」と判定することとなります。

(4) 認定調査による調査結果の確認・修正

認定調査員による認定調査は、通常は 1 回の審査に対して 1 回行うこととされており、また、認定調査員の専門分野も医療分野に限らず様々です。従って、申請者に対して長期間にわたり医学的管理を行っている主治医の意見の方が、より申請者の状況について正確に把握していることが明らかな場合には、介護認定審査会は認定調査員の調査結果を修正し、改めて一次判定からやり直すこととなります。

(5) 介護サービス計画作成時の利用

介護サービス計画作成の際し、介護サービスを提供するにあたっての医学的観点からの意見や留意点等についての情報を、申請者等の同意を得てサービス提供者に提供することになります。

サービス提供時の医学的観点からの留意点や禁忌等は主治医意見書の記載内容のみから判断されるものではありませんが、介護サービス計画作成等に有用となる留意点をお分かりになる範囲で具体的に記入してください。

II 記入に際しての留意事項

1 記入者

主治医意見書の記入は、申請者の主治医が行ってください。

2. 記入方法

主治医意見書への記入は、インク、またはボールペンを使用してください。なお、パーソナルコンピュータ等を使用することはさしつかえありませんが、その場合には感熱紙等長期間の保存に適さないものは用いないでください。記入欄に必要な文字または数値を記入し、また口にレ印をつけてください。

III 記入マニュアル

0. 基本情報

「申請者の氏名」等

申請者の氏名を記入し、ふりがなを併記してください。

性別については、該当する口にレ印をつけてください。

生年月日及び年齢(満年齢)については、該当するものに○印をつけ、必要事項を記入してください。

住所及び連絡先については、居住地(自宅)の住所及び電話番号も記入してください。施設に入院・入所している場合は、当該施設の施設名、住所及び電話番号を記入してください。

主治医として主治医意見書が介護サービス計画作成の際に利用されることについて同意する場合は「同意する」に、同意しない場合には「同意しない」にレ印をつけてください。

主治医意見書における「介護サービス計画作成等」の想定する範囲は、介護保険事業の適切な運営のために必要な範囲であって、介護サービス計画作成に加えて、例えば、

- ・ 総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成
- ・ 地域ケア会議における個別事例の検討
- ・ 指定介護老人福祉施設及び指定地域密着型介護老人福祉施設における入所に関する検討のための委員会での特例入所対象者の判定及び施設への優先入所対象者の判定
- ・ 認知症日常生活自立度を基準とした加算における日常生活自立度の決定

- ・レセプト情報等との連結解析や国保データベース（KDB）システムでの利活用による保険者の支援

に関する利用を考えており、その範囲内において取り扱っていただきますようお願いいたします。

同意する場合には、介護サービス計画の内容についての検討を行うサービス担当者会議に本主治医意見書が提示されます。

なお、申請者本人の同意を得た上で主治医意見書をサービス担当者会議の参加者に示すことについては、主治医に「守秘義務」に関する問題が生じることはないことを申し添えます。

「医師氏名」等

主治医意見書を記入する主治医の所属する医療機関の所在地及び名称、電話番号、FAX、主治医の氏名を記入してください。

なお、医師氏名の欄には、押印の必要はありません。また、医療機関の所在地及び名称等は、ゴム印等を用いても構いません。

ただし、医師本人の記入であることを確認する必要があることから、医師氏名のみは医師本人による自署をお願いします。

(1) 最終診察日

申請者を最後に診察した日を記入してください。

(2) 主治医意見書作成回数

申請者について主治医意見書を初めて作成する場合は「□初回」に、2回目以降の場合は「□2回目以上」にレ印をつけてください。

(3) 他科受診の有無

申請者が他科を受診しているかどうかについて、お分かりになる範囲で該当する□にレ印をつけてください。有の場合は、該当する診療科名の□にレ印をつけてください。主治医意見書中に該当する診療科名がない場合には、その他の（ ）内に診療科名を記入してください。

1. 傷病に関する意見

(1) 診断名

現在、罹患している傷病の診断名と、その発症年月日を記入してください。

発症年月日がはっきりわからない場合は、おおよその発症年月を記入してください。例えば、脳血管障害の再発や併発の場合には、直近の発作（発症）が起きた年月日を記入してください。

「1.」の傷病名には、65歳以上の第1号被保険者については、生活機能^(※)低下の直接の原因となっている傷病名を、40歳以上65歳未満の第2号被保険者

については、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。

生活機能低下を引き起こしている傷病が複数ある場合もまれではありませんが、より主体であると考えられる傷病を優先して記入してください。

なお、4種類以上の傷病に罹患している場合については、主な傷病名の記入にとどめ、必要であれば、「5. 特記すべき事項」の欄に記入してください。

特定疾病の診断については、以下に示す「特定疾病の症候・所見のポイント」を参考としつつ、別添3の「特定疾病にかかる診断基準」に従って記入するとともに、診断上の主な所見については「(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に記入してください。

※：生活機能とは、①体・精神の働き、体の部分である「心身機能」、②ADL（日常生活行為）・外出・家事・職業に関する生活行為全般である「活動」、③家庭や社会での役割を果たすことである「参加」、のすべてを含む包括概念。

生活機能には健康状態（病気・怪我・ストレスなど）、環境因子（物的環境・人的環境・制度的環境）、個人因子（年齢・性別など）などが様々に影響する。

特定疾病の症候・所見のポイント

	疾病名	症候・所見
1	がん (がん末期)	以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。 ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診断など）等で進行性の性質を示すもの。 注）ここでいう治癒困難な状態とは、概ね6月間程度で死が訪れると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としていない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。
2	関節リウマチ	指の小関節から股・膝のような大関節まであらゆる関節に炎症が起こり、疼痛・機能障害が出現する。とくに未明から早朝に痛みとこわばりが強い。筋、腱にも影響し筋力低下や動作緩慢が顕著になる。
3	筋萎縮性側索硬化症	筋萎縮・筋力低下、球麻痺、筋肉の線維束性収縮、錐体路症状を認める。それに反して感覚障害、眼球運動障害、膀胱直腸障害、褥瘡は原則として末期まで認めない。
4	後縦靭帯骨化症	靭帯の骨化は頸椎に最も多く、頸髄の圧迫では手足のしびれ感、運動障害、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺となる。胸髄圧迫では上肢は異常なく、下肢の痙性対麻痺となる。
5	骨折を伴う骨粗鬆症	脊椎圧迫骨折 … 腰背部痛を伴う脊柱の変形が特徴的である。軽微な外傷後もしくは誘因なく急性の腰痛を生じ寝たきりになることが多い。 大腿骨頸部骨折・転子部骨折 … 転倒等の後に、大転子部の痛みを訴え起立不能となる。膝の痛みを訴える場合もある。転位の少ない頸部骨折の場合、歩行可能な場合もある。
6	初老期における認知症（アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等）	アルツハイマー病 … 初期の主症状は、記憶障害である。また、意欲の低下、物事の整理整頓が困難となり、時間に関する見当識障害がみられる。中期には、記憶の保持が短くなり、薬を飲んだことを忘れていたり、同じ物を何回も買ってくるようになる。後期には、自分の名前を忘れていたり、トイレがわからなくなったり、部屋に放尿するようになる。また失禁状態に陥る。薬物治療で進行の遅延効果が得られる場合がある。 血管性認知症 … 初発症状として物忘れで始まることが多い。深部腱反射の亢進、足底反射、仮性球麻痺、歩行異常等の局所神経徴候を伴いやすい。一般に、記憶障害はかなりあっても、判断力は保持されており、人格の崩壊は認められない。 レビー小体病 … 進行性の認知症。リアルな幻視体験が特徴。パーキンソン症状が先行する事もあり、薬物治療で効果が得られる場合がある。

7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病(パーキンソン病関連疾患)	臨床的に、これら三疾患にはパーキンソン症状が共通に認められる。すなわち、筋肉のこわばり(筋固縮)、ふるえ(振戦)、動作緩慢(無動)、突進現象(姿勢反射障害)などのうちのいくつかを認めるものである。 ① パーキンソン病は、パーキンソン症状を中心とし、薬剤などの治療効果が高いものが多い ② 進行性核上性麻痺は、異常な姿勢(頸部を後屈させ、顎が上がる)や、垂直方向の眼球運動障害(下方を見にくい)といった多彩な症状を示す ③ 大脳皮質基底核変性症は、パーキンソン症状と大脳皮質症状(手が思うように使えないなど)が同時にみられる など、症状や病状の進行に差が見られる。①振戦 ②筋強剛(固縮) ③動作緩慢 ④姿勢反射障害 ⑤その他の症状(自律神経障害、突進現象、歩行障害、精神症状等)
8	脊髄小脳変性症	初発症状は歩行のふらつき(歩行失調)が多い。非常にゆっくりと進行。病型により筋萎縮や不随意運動、自律神経症状等で始まる。最終的には能動的座位が不可能となり、寝たきり状態となる。
9	脊柱管狭窄症	腰部脊柱管狭窄症…腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。 頸部脊柱管狭窄症…両側の手足のしびれで発症するものが多い。手足のしびれ感、腱反射亢進、病的反射出現等の痙性四肢麻痺を呈する。
10	早老症(ワルナ-症候群等)	若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石炭化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。
11	多系統萎縮症	多系統萎縮症(MSA)は臨床的に、①起立性低血圧、排尿障害、発汗低下など自律神経症状、②筋肉のこわばり、ふるえ、動作緩慢、小刻み歩行などパーキンソン症状、③立位や歩行時のふらつき、呂律が回らない、字がうまく書けないなどの小脳症状、を様々な程度に組み合わせて呈する疾患である。 自律神経症状が強いものを「シャイ・ドレーガー症候群」、パーキンソン症状が強いものを「線条体黒質変性症」、小脳症状が強いものを「オリブ橋小脳萎縮症」とする。MRIなど画像検査が診断に有効である。パーキンソン病や小脳萎縮症に比して、やや進行が早い傾向がある。
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	糖尿病性腎症…糖尿病の罹病期間が長い。糖尿病に伴う蛋白尿を呈する。また、高血圧と浮腫を伴う腎機能障害を認める。 糖尿病性網膜症…主な症候は視力低下。末期まで視力が保たれることもあり、自覚症によると手遅れになりやすい。 糖尿病性神経障害…下肢のしびれ、痛み等を認める。
13	脳血管疾患(脳出血、脳梗塞等)	脳出血…発症状況と経過は一般に頭痛、悪心、嘔吐をもって始まり、しだいに意識障害が進み、昏睡状態になる。半身の片麻痺を起こすことが多く、感覚障害、失語症、失認、失行、視野障害等が見られる。 脳梗塞…発症状況と経過は、アテローム血栓性脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。 注) 高次脳機能障害については、言語・思考・記憶・行為・学習・注意障害等が生じ、社会生活をさまたげることが多いが、外見からは分かりにくく、注意が必要である。
14	閉塞性動脈硬化症	問診で閉塞病変に由来する症状一下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。
15	慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)	肺気腫…ほとんどが喫煙者で、男性に多い。体動時呼吸困難が特徴的であるが、出現するのはある程度病変が進行してからである。咳、痰を訴えることもある。 慢性気管支炎…喫煙者に多く、慢性の咳、痰を認める。体動時呼吸困難は、感染による急性増悪時には認めるが、通常は軽度である。身体所見では、やや肥満傾向を示す人が多いといわれる。 気管支喘息…発作性の呼吸困難、喘鳴、咳(特に夜間・早朝)が、症状がない時期をはさんで反復する。気道閉塞が自然に、または治療により改善し、気流制限は可逆的である。その他、気道過敏症を示す。 びまん性汎細気管支炎…呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。
16	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症	初期の場合は、歩行し始めの痛みのみであるが、次第に、荷重時痛が増え、関節可動域制限が出現してくる。

(東京都医師会：介護保険における特定疾病診断の手引き。東京都医師会雑誌，51(9)：1763-1821, 1999 を一部改変)

(2) 症状としての安定性

上記(1)で記入した「生活機能低下の直接の原因となっている傷病による症

状」の安定性について、該当する口にレ印をつけてください。

脳卒中や心疾患、外傷等の急性期や慢性疾患の急性増悪期等で、積極的な医学的管理を必要とすることが予想される場合は「不安定」を選択し、具体的な内容を自由記載欄に記載してください。例えば、進行性のがんで、急激な悪化が見込まれる場合については「5. 特記すべき事項」ではなく、本項に記載することが望まれます。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。特に精神疾患患者にあつては、可能な限り日頃の状況を把握している者に立会を求め、症状の変動についての情報にも留意する。

(3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容

上記「(1) 1. 診断名」に記入した生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容については、生活機能低下と関連が深い事項について要点を簡潔に記入してください。

また、「2.」「3.」の診断名についても、生活機能低下の原因となっている傷病について記入してください。

高齢者においては、傷病による生活機能低下に、転倒、入院等を契機として日中の生活が不活発になったこと、外出の機会の減少、配偶者との死別や転居などを契機とする社会参加の機会の減少、家庭内での役割の喪失等の様々な要因が加わることにより、さらに生活機能が低下することが考えられます。これら更なる生活機能低下を引き起こしている要因があれば、具体的に記載してください。

投薬内容については、生活機能低下の直接の原因となっている傷病以外についても、介護上特に留意すべき薬剤や相互作用の可能性のある薬剤の投薬治療を受けている場合は、この欄に記入してください。(ただ単に投薬内容を羅列するのではなく、必ず服用しなければならない薬剤、頓服の必要な薬剤等を整理して記入するようにしてください。)

また、意識障害がある場合には、その状況についても具体的に記載してください。

2. 特別な医療

申請者が過去14日間に受けた12項目の医療のうち、看護職員等が行った診療補助行為(医師が同様の行為を診療行為として行った場合を含む)について該当する口にレ印をつけてください。

「医師でなければ行えない行為」、「家族/本人が行える類似の行為」は含まれないので注意して下さい。

なお、この項目は、訪問調査においても、調査員によるチェックの対象となっていますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書においても記入をお願いするものです。

なお、12項目以外の医師が行った治療行為は含まれない点に留意してください。

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度について

現状から考えられる障害高齢者の日常生活自立度及び認知症高齢者の日常生活自立度について、以下の判定基準を参考にして、該当する□にレ印をつけてください。

遷延性の意識障害等で、認知症高齢者の日常生活自立度が判断不能である場合は、□MIにレ印をつけ、「1. (3) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」の欄に具体的な内容を記入して下さい。

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準

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

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項及び提供されるサービスの例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の居宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。

II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理等それまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応等一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。 在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であるので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
III a	日中を中心として上記 III の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
III b	夜間を中心として上記 III の状態が見られる。	ランク III a に同じ	
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク III に同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランク III と同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により居宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、または特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する周辺症状が継続する状態等	ランク I ～IV と判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

(2) 認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）

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

短期記憶

例えば、身近にある3つのものを見せて、一旦それをしまい、5分後に聞いてみる等の方法を用いて、申請者及び医師がともに一時的には記憶に残るような直前のことについて覚えているか否かを評価します。

記憶に問題がない場合には「口問題なし」に、覚えていないような場合には「口問題あり」にレ印をつけてください。

日常の意思決定を行うための認知能力

申請者の毎日の日課における判断能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。

自立	日常生活において首尾一貫した判断ができる。毎日するべきことに対して予定
----	-------------------------------------

	を立てたり、状況を判断できる。
いくらか困難	日々繰り返される日課については判断できるが、新しい課題や状況に直面した時にのみ判断に多少の困難がある。
見守りが必要	判断力が低下し、毎日の日課をこなすためにも合図や見守りが必要になる。
判断できない	ほとんどまたは全く判断しないか、判断する能力が著しく低い。

自分の意思の伝達能力

本人が要求や意思、緊急の問題等を表現したり伝えたりする能力を評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。会話に限らず、筆談・手話あるいはその組み合わせで表現される内容で評価しても差し支えありません。

伝えられる	自分の考えを容易に表現し、相手に理解させることができる。
いくらか困難	適当な言葉を選んだり、考えをまとめるのに多少の困難があるため、応対に時間がかかる。自分の意思を理解させるのに、多少、相手の促しを要することもある。
具体的要求に限られる	時々自分の意思を伝えることができるが、基本的な要求（飲食、睡眠、トイレ等）に限られる。
伝えられない	ほとんど伝えられない、または、限られた者にのみ理解できるサイン（本人固有の音声あるいはジェスチャー）でしか自分の要求を伝えることができない。

(3) 認知症の行動・心理症状（BPSD）

申請者に認められる認知症の行動・心理症状の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合は、以下の定義を参考にして、該当する口にレ印をつけてください。複数の状態が認められる場合は、該当する口のすべてにレ印をつけてください。その他に該当する場合には、認められる具体的な状態について（ ）内に記入してください。

なお、認知症の行動・心理症状として列挙していますが、その他の疾患で同様の状態が認められる場合も、該当する口にレ印をつけてください。

幻視・幻聴	幻視とは、視覚に関する幻覚。外界に実在しないのに、物体、動物、人の顔や姿等が見えること。 幻聴とは、聴覚領域の幻覚の一種。実際には何も聞こえないのに、音や声が聞こえると感じるもの。
妄想	病的状態から生じた判断の誤りで、実際にはあり得ない不合理な内容を、正常を超えた訂正不能な主観的確信をもって信じていること。これに対し、訂正可能である場合は錯覚という。
昼夜逆転	夜間不眠の状態が何日間か続いたり、明らかに昼夜が逆転し、日常生活に支障が生じている状態。
暴言	発語的暴力をいう。
暴行	物理的暴力をいう。
介護への抵抗	介護者の助言や介護に抵抗し、介護に支障がある状態。単に助言に従わない場合は含まない。
徘徊	客観的には、目的も当てもなく歩き回る状態。認知症だけでなく心因性の葛藤からの逃避的行為やその他急性精神病等でもみられる。
火の不始末	たばこの火、ガスコンロ等あらゆる火の始末や火元の管理ができない状態。

不潔行為	排泄物を弄んだり撒き散らす場合等をいう。体が清潔でないことは含まれない。
異食行動	食欲異常の一種。正常では忌避するような物体、味に対して特に異常な食欲や嗜好を示すこと。
性的問題行動	周囲が迷惑している行為と判断される性的な問題行動。

(4) その他の精神・神経症状

認知症以外の精神・神経症状があれば、「□有」にレ印をつけ、その症状名を記入してください。有の場合、専門医を受診している場合は「□有」にレ印をつけ、() 内に受診の科名を記入してください。

また、申請者の状態から判断して、以下に挙げる定義の中からあてはまるものがあれば、症状名に記入してください。

失語	正常な言語機能をいったん獲得した後、多くは大脳半球の限定された器質的病変により、言語（口頭言語と文字言語の両方）表象の理解・表出に障害をきたした状態。
構音障害	俗に“ろれつが回らない”という状態。構音器官（咽頭、軟口蓋、舌、口唇等）の麻痺による麻痺性構音障害と、筋相互の間の協調運動障害による協調運動障害性構音障害とがある。後者は運動失調によるものと、錐体外路性運動障害によるものがある。
せん妄	意識変容の一つ。軽度ないし中等度の意識混濁に妄想、錯覚、偽幻覚、幻覚、不安・恐怖、精神運動性の興奮を伴う。夜間に起こりやすい（夜間せん妄）。
傾眠傾向	意識の清明性の障害。意識混濁は軽度で、反復して強い刺激を与えればやや覚醒状態に回復するが、放置すればただちに入眠してしまうような状態。
失見当識	見当識の機能が失われた状態。多くの場合、意識障害がある際にみられる（意識障害性）ため、意識障害の有無をみる必要がある。その他、認知症等で記憶力障害のある場合（健忘性）、妄想によって周囲を正しく判断していない場合（妄想性）等にも認められる。
失認	局在性の大脳病変によって起こる後天性の知覚と認知の障害で、ある感覚を介する対象認知が障害されているが、その感覚自体の異常、また、知能低下、意識障害等に原因するとはいえず、また他の感覚を介すれば対象を正しく認知できるもの。視覚失認及び視空間失認、聴覚失認、触覚失認、身体失認等に大別される。
失行	随意的、合目的、象徴的な熟練を要する運動行為を行うことができない状態で、麻痺、運動失調等の要素的運動障害、また失語、失認、精神症状等で説明できないもの。局在性の大脳病変で起こる後天性の行為障害。

(5) 身体の状態

利き腕

利き腕について、該当する方の□にレ印をつけてください。

身長・体重

体重及び身長について、おおよその数値を記入してください。また、過去6ヶ月程度における体重の変化について、3%程度の増減を目途に、該当する□にレ印をつけてください。

麻痺・褥瘡等

麻痺・褥瘡等の状態について、該当するものがあれば□にレ印をつけてください。

い。介護の手間や生活機能を評価する観点から部位の記載が必要なものについては具体的に記入してください。程度については、麻痺・褥瘡等の状態が介護にどの程度影響するのかという観点から、あてはまる程度の口にレ印をつけてください。なお、麻痺については、訪問調査においても、同様の項目がありますが、訪問調査員は必ずしも医療の専門家ではないことから、主治医意見書では、医学的観点からの麻痺の有無の記入をお願いするものです。

四肢欠損	腕、肢、指等について、欠損が生じている状態。
麻痺	主に神経系の異常によって起こった筋力低下あるいは随意運動の障害。
筋力の低下	麻痺以外の原因による随意運動に支障のある筋力の低下。
関節の拘縮	関節及び皮膚、筋肉等の関節構成体以外の軟部組織の変化によって生じる関節の可動域制限。
関節の痛み	日常生活に支障をきたす程度の関節の痛みがある状態
失調	運動の円滑な遂行には多くの筋肉の協調が必要であるが、その協調が失われた状態。個々の筋肉の力は正常でありながら運動が稚拙であることが特徴である。
不随意運動	意志や反射によらずに出現する、目的に添わない運動。多くは錐体外路系の病変によって生じる。
褥瘡	廃用症候群の代表的な症状。持続的圧迫及びずれ応力による局所の循環障害によって生じる阻血性壊死。
その他皮膚疾患	褥瘡以外で身体介助、入浴等に支障のある皮膚疾患がある状態。

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

屋外歩行

日常生活での屋外歩行の状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。

自立	自分だけで屋外を歩いている状態。歩行補助具や装具・義足を用いている場合も含まれます。外出するようには促しが必要でも、屋外は一人で歩いている場合も含まれます。
介護があればしている	介護者と一緒に屋外を歩いている状態。直接介助されている場合だけでなく、そばで見守っている場合も含まれます。
していない	屋外歩行をしていない状態。歩こうとすれば歩けるが実際は歩いていない場合や、訓練の時だけ屋外歩行をしている場合を含みます。また車いすで屋外を移動している場合等を含みます。

車いすの使用

車いす（電動車いすも含む）を用いていることがある場合に、主に誰が操作（駆動）しているかについて、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。車椅子を常時使っている場合だけでなく、例えば外出時だけの使用や、病院や通所施設等だけで使用している場合も含まれます。

用いていない	全く使用していない状態
主に自分で操作	車いすを用いることがあり、その場合は主に自分だけで操作（駆動）している状態。 主に室内での状態で判断し、例えば室内は自分だけでこいでいるが、屋外は後ろから押してもらっている場合なども含まれます。
主に他人が操作	車いすを用いていることがあり、その場合は主に他人に操作（押してもらおう等）してもらっている状態。操作時に見守りを必要とする場合を含みます。

歩行補助具・装具の使用

日常生活での室内歩行や屋外歩行で、歩行補助具（杖等）や装具を用いている状態について、以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけて下さい。屋内、屋外両方で使用している場合は両方の口にレ印をつけて下さい。

どちらか一方だけの使用の場合も含まれますが、義足（切断の時に用いる）の使用は含めません。

使用していない	日常生活では、歩行補助具も装具も全く使用していない状態。訓練歩行の時だけは使っている場合も含まれます。
屋外で使用	日頃の屋外歩行の時に使用している状態。例えば遠出の時だけの使用のように、時々使用している場合も含まれます。
屋内で使用	日頃の室内歩行のときに使用している状態。例えば家事の時だけの使用のように、特定の生活行為を行う時のみ使用している場合も含まれます。

（2）栄養・食生活

高齢者に多くみられる栄養問題は、慢性的なエネルギー、たんぱく質の補給不足、あるいは疾患によってエネルギー、たんぱく質の欠乏した状態（以下「低栄養」という。）です。要介護高齢者の「低栄養」は、内臓たんぱく質及び筋たんぱく質の低下をきたし、身体機能及び生活機能の低下をはじめ、感染症、褥瘡などの誘発に関わります。そこで、要介護状態の改善及び重度化の予防の観点から、「低栄養」に関連する要因として考えられる食事行為、総合的な栄養状態を評価します。医学的観点から栄養・食生活上の留意点を認める場合には具体的な内容を記載してください。

食事行為

日常生活行為のうち食事について、どの程度、どのように自分で行っているかを評価します。以下の各選択項目の状態例にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。

自立ないし何とか自分で食べられる	自分一人で、ないし、見守り・励まし、身体的援助によって、自分で食べることができる。
全面介助	他の者の全面的な介助が必要である。

現在の栄養状態

現在の栄養状態を評価します。以下の各選択項目の状態にあてはめ、該当する口にレ印をつけてください。また、医学的観点から、改善に向けた留意点について、() 内に記入してください。

良好	①過去6ヶ月程度の体重の維持（概ね3%未満）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5以上、③血清アルブミン値が明らかである場合には、3.5g/dlを上回る、の3項目全てが該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以上）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがない状態）から総合的に栄養状態が良いと判断される状態。
不良	①過去6ヶ月程度の体重の減少（概ね3%以上）、②BMI（体重(kg)/身長 ² (m ²)) 18.5未満、③血清アルブミン値がある場合には、3.5g/dl以下、の3項目のうち1つでも該当する状態。 上記指標が入手できない場合には、食事行為、食事摂取量（概ね3/4以下）、食欲、顔色や全身状態（浮腫、脱水、褥瘡などがある状態）から総合的に栄養が不良又は不良となる可能性が高いと判断される状態。

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

日常の申請者の状態を勘案して、現在あるかまたは今後概ね6ヶ月以内に発生する可能性の高い状態があれば、該当する口にレ印をつけてください。また、具体的な状態とその際の対処方針（緊急時の対応を含む）について要点を記入してください。

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

現在の状態から、概ね3ヶ月から6ヶ月間、申請者が介護保険によるサービス（予防給付等によるサービスを含む）やその他の高齢者に対するサービスを利用した場合の、生活機能の維持・改善の見通しについて、該当する口にレ印をつけてください。

傷病の症状としての見通しではなく、生活機能の維持・改善がどの程度期待できるか、という観点であることに留意してください。

(5) 医学的管理の必要性

医学的観点から、申請者が利用する必要があると考えられる医療系サービスについて、以下の各サービスの内容を参考に、該当するサービスの口にレ印をつけてください。各サービスについては、予防給付で提供されるサービスも含まれます。特記すべき項目がない場合は、「特記すべき項目なし」の口にレ印をつけてください。

訪問歯科診療及び訪問歯科衛生指導については、口腔内の状態（例えば、歯の崩壊や喪失状態、歯の動揺や歯肉からの出血の有無、義歯の不適合等）をもとに、口腔ケアの必要性に応じて該当する口にレ印をつけてください。

また、特に必要性が高いと判断されるサービスについては、項目に下線を引いてください。

なお、本項目の記入は、ここに記入されているサービスについての指示書に代わるものではありませんのでご注意ください。

訪問診療	通院することが困難な患者に対して、医師等が計画的に訪問して行う診療や居宅療養指導等。
訪問看護	訪問看護ステーション及び医療機関からの訪問看護等、保健師、看護師等が訪問して看護を行うことをいう。 なお、保健師等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
訪問リハビリテーション	病院、診療所及び訪問看護ステーションの理学療法士等が訪問して行うリハビリテーションをいう。なお、理学療法士、作業療法士あるいは言語療法士等が地域支援事業の訪問型介護予防として訪問して指導する行為は含まない。
通所リハビリテーション	病院、診療所、老人保健施設が提供するリハビリテーションをいう。なお、病院、診療所（医院）の外来でリハビリテーションを診療行為として受けた場合、保健所、市町村保健センター等で地域支援事業の機能訓練等を受けた場合はこれに含めない。
老人保健施設	施設サービス計画に基づいて、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行うことにより、入所者がその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるようにするとともに、その者の居宅における生活への復帰を目指すものをいう。
介護医療院	要介護者であって、主として長期にわたり療養が必要である者に対し、施設サービス計画に基づいて、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び機能訓練その他必要な医療並びに日常生活上の世話をを行う。
短期入所療養介護	病院、診療所及び介護老人保健施設に短期間入所させ、当該施設において、看護、医学的管理下における介護、機能訓練その他必要な医療及び日常生活上の世話をを行うものをいう。
訪問歯科診療	居宅において療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、患者の求めに応じ訪問して歯科診療を行った場合又は、当該歯科診療に基づき継続的な歯科治療が認められた患者に対してその同意を得て訪問して歯科診療を行うものをいう。
訪問歯科衛生指導	訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、歯科衛生士、保健師、看護師等が訪問して療養上必要な指導として、患者の口腔内での清掃等に係わる指導を行うものをいう。

訪問薬剤管理指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、薬剤師が訪問して薬学的管理指導を行うものをいう。
訪問栄養食事指導	医師の診療に基づき計画的な医学的管理を継続して行い、かつ、管理栄養士が訪問して具体的な献立等によって実技指導を行うものをいう。
その他の医療系サービス	上記以外の医学的管理をいう。地域支援事業の訪問型介護予防、機能訓練、保健所が実施する保健指導、入院等が必要とされる場合にその種類とともに記入する。

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

申請者がサービスを利用するにあたって、医学的観点から、特に留意する点があれば、該当するものの口にレ印をつけ、サービスを提供する上で不安感を助長させないように、() 内に具体的な留意事項を記載してください。特記すべき留意事項がない場合は、「特記すべき項目なし」の口にレ印をつけてください。

また、血圧・嚥下等の項目以外に医学的観点からの留意事項があれば、「その他」の() 内に具体的な留意事項を記載してください。

血圧

血圧管理について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。また、どの程度の運動負荷なら可能なのかという点等についても記入してください。

嚥下

嚥下運動機能（舌によって食塊を咽頭に移動する随意運動、食塊を咽頭から食道へ送るまでの反射運動、蠕動運動により食塊を胃に輸送する食道の反射運動）の障害について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

摂食

摂食について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

移動

移動（歩行に限らず、居室とトイレの移動や、ベッドと車椅子、車椅子と便座等への移乗等も含める）について、サービス提供時の留意事項があれば、具体的に記載してください。

運動

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

その他

その他、医学的観点からの留意事項があれば、() 内に具体的に記載してください。

(7) 感染症の有無

サービスの提供時に、二次感染を防ぐ観点から留意すべき感染症の有無について、該当する口にレ印をつけてください。有の場合には、具体的な症病名・症状等を（ ）内に記入してください。

5. 特記すべき事項

申請者の主治医として、要介護認定の審査判定上及び介護保険によるサービスを受ける上で、重要と考えられる事項があれば、要点を記入してください。特に、他の項目で記入しきれなかったことや選択式では表現できないことを簡潔に記入してください。口腔内の状況から口腔清潔に関して、特に留意事項があれば、要点を記載してください。また、専門医に意見を求めた場合にはその結果、内容を簡潔に記入してください。情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付していただいても構いません。なお、その場合は情報提供者の了解をとるようにしてください。

なお、平成21年度の要介護認定の見直しでは、調査員ごとのバラツキを減らすとともに、介護の不足等も適切に把握できるよう、認定調査の選択肢について、調査員の方に、できるだけ見たままを選んでいただき、介護認定審査会において、認定調査票の特記事項や主治医意見書の内容から、申請者に必要な介護の手間について総合的に把握し、判定することとしました。したがって、申請者にかかる介護の手間をより正確に反映するために、主治医意見書の重要性が増しており、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に、申請者の状態やそのケアに係る手間、頻度等の具体的内容についても記載してください。

その他、交通事故等の第三者による不法行為（以下「第三者行為」という。）による被害に係る求償事務の取組強化のため、平成28年4月1日より、第三者行為により介護保険給付を受ける場合、第1号被保険者は保険者への届出が必要となりました。

主治医意見書を端緒として保険者が被保険者に対し適切な届出を促す観点から、第1号被保険者について、負傷等の原因として第三者行為が疑われる場合は、主治医意見書の「5. 特記すべき事項」に「第三者行為」といった旨の記載をお願いします。

特定疾病にかかる診断基準

特定疾病にかかる診断基準について

介護保険制度において、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上的の障害が、介護保険施行令（平成10年政令第412号）第2条で定める16の疾病（特定疾病）によることが要件とされているところである。

特定疾病に該当するか否かは、主治医意見書の記載内容に基づき、市町村等に置かれる介護認定審査会が確認を行う。

本診断基準は、主治医意見書の記載にあたって、当該申請者が特定疾病に該当するかどうかについての基準を示したものである。

ここで示した基準は、特定疾患に該当するものについては、その基準を活用することとし、その他の疾患についても学会等で作成され専門家の評価を得ているものを利用している。

第2号被保険者に関する意見書記載にあたっては、本診断基準を参照して主治医意見書の「1. 傷病に関する意見（1）診断名 1.」欄に、介護を要する生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名、また「（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容」に診断上の根拠となる主な所見について記入されたい。

なお、意見書記載にあたっては、必ずしも、新たに診察・検査等を行う必要はなく、過去の診療録等を参考に記載することで差し支えないことを申し添える。

目 次

1. がん【がん末期】

(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)

2. 関節リウマチ

3. 筋萎縮性側索硬化症

4. 後縦靭帯骨化症

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

6. 初老期における認知症

7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病

【パーキンソン病関連疾患】

8. 脊髄小脳変性症

9. 脊柱管狭窄症

10. 早老症

11. 多系統萎縮症

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

13. 脳血管疾患

14. 閉塞性動脈硬化症

15. 慢性閉塞性肺疾患

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

1. がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

【定義】

以下の特徴をすべて満たす疾病である。

- ①無制限の自律的な細胞増殖が見られること（自律増殖性）

本来、生体内の細胞は、その細胞が構成する臓器の形態や機能を維持するため、生化学的、生理学的な影響を受けながら細胞分裂し、増殖するものであるが、がん細胞はそういった外界からの影響を受けず無制限かつ自律的に増殖する。

- ②浸潤性の増殖を認めること（浸潤性）

上記の自律的な増殖により形成される腫瘍が、原発の臓器にはじまり、やがて近隣組織にまで進展、進行する。

- ③転移すること（転移性）

さらに、播種性、血行性に遠隔臓器やリンパ行性にリンパ節等へ不連続に進展、進行する。

- ④何らかの治療を行わなければ、①から③の結果として死に至ること（致死性）

【診断基準】

以下のいずれかの方法により悪性新生物であると診断され、かつ、治癒を目的とした治療に反応せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。

- ① 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されているもの
- ② 組織診断又は細胞診により悪性新生物であることが証明されていない場合は、臨床的に腫瘍性病変があり、かつ、一定の時間的間隔を置いた同一の検査（画像診査など）等で進行性の性質を示すもの。

注) ここでいう治癒困難な状態とは、概ね余命が6月間程度であると判断される場合を指す。なお、現に抗がん剤等による治療が行われている場合であっても、症状緩和等、直接治癒を目的としない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。

参考にした診断基準：

「特定疾病におけるがん末期の取扱いに係る研究班」による診断基準

2. 関節リウマチ

自他覚症状5項目及び臨床検査2項目の7項目中、少なくとも4項目を満たすものをいう。
なお、自他覚症状の項目 a. ～ d. は少なくとも6週間以上存在しなければならない。

(1) 自他覚症状

- a. 朝のこわばり持続時間（少なくとも1時間以上）
- b. 同時に3ヶ所以上の関節腫脹あるいは関節液貯留
- c. 手首、中手指節間関節（MCP）、近位指節間関節（PIP）のなかで少なくとも1ヶ所以上の関節腫脹
- d. 同時に両側の同一部位での関節炎
- e. リウマトイド皮下結節

(2) 臨床検査

- a. 血清リウマトイド因子陽性
- b. X線所見：手首、MCP、PIP 関節に骨びらんあるいはオステオポロシス像

(3) 鑑別診断

- a. 五十肩、腱・腱鞘炎
- b. 痛風、仮性痛風
- c. 全身性エリトマトーデス、強皮症などの膠原病
- d. ベーチェット病、シェーグレン症候群、潰瘍性大腸炎、サルコイドーシス
- e. 変形性関節症
- f. 結核性関節炎

参考にした診断基準：

厚生省長期慢性疾患総合研究事業による診断基準

3. 筋萎縮性側索硬化症

1) 主要項目

(1) 以下の①－④のすべてを満たすものを、筋萎縮性側索硬化症と診断する。

- ① 成人発症である。
- ② 経過は進行性である。
- ③ 神経所見・検査所見で、下記の1か2のいずれかを満たす。

身体を、a. 脳神経領域、b. 頸部・上肢領域、c. 体幹領域（胸髄領域）、d. 腰部・下肢領域の4領域に分ける（領域の分け方は、2 参考事項を参照）。

下位運動ニューロン徴候は、(2) 針筋電図所見（①又は②）でも代用できる。

- 1. 1つ以上の領域に上位運動ニューロン徴候をみとめ、かつ2つ以上の領域に下位運動ニューロン徴候がある。
- 2. SOD1 遺伝子変異など既知の家族性筋萎縮性側索硬化症に關与する遺伝子異常があり、身体の1領域以上に上位及び下位運動ニューロン徴候がある。

- ④ (3) 鑑別診断で挙げられた疾患のいずれでもない。

(2) 針筋電図所見

- ① 進行性脱神経所見：線維性収縮電位、陽性鋭波など。
- ② 慢性脱神経所見：長持続時間、多相性電位、高振幅の大運動単位電位など。

(3) 鑑別診断

- ① 脳幹・脊髄疾患：腫瘍、多発性硬化症、頸椎症、後縦靭帯骨化症など。
- ② 末梢神経疾患：多巣性運動ニューロパチー、遺伝性ニューロパチーなど。
- ③ 筋疾患：筋ジストロフィー、多発筋炎など。
- ④ 下位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：脊髄性進行性筋萎縮症など。
- ⑤ 上位運動ニューロン障害のみを示す変性疾患：原発性側索硬化症など。

2) 参考事項

- (1) SOD1 遺伝子異常例以外にも遺伝性を示す例がある。
- (2) 稀に初期から認知症を伴うことがある。
- (3) 感覚障害、膀胱直腸障害、小脳症状を欠く。ただし一部の例でこれらが認められることがある。
- (4) 下肢から発症する場合は早期から下肢の腱反射が低下、消失することがある。
- (5) 身体の領域の分け方と上位・下位ニューロン徴候は以下のようなものである。

	a. 脳神経領域	b. 頸部・上肢領域	c. 体幹領域 (胸随領域)	d. 腰部・下肢領域
上位運動ニューロン 徴候	下顎反射亢進 口尖らし反射亢進 偽性球麻痺 強制泣き・笑い	上肢腱反射亢進 ホフマン反射亢進 上肢痙縮 萎縮筋の腱反射残存	腹壁皮膚反射消失 体幹部腱反射亢進	下肢腱反射亢進 下肢痙縮 バビンスキー徴候 萎縮筋の腱反射残存
下位運動ニューロン 徴候	顎、顔面 舌、咽・喉頭	頸部、上肢帯、 上腕	胸腹部、背部	腰帯、大腿、 下腿、足

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

4. 後縦靭帯骨化症

(1) 自覚症状ならびに身体所見

- a. 四肢・躯幹のしびれ、痛み、知覚障害
- b. 四肢・躯幹の運動障害
- c. 膀胱直腸障害
- d. 脊柱の可動域制限
- e. 四肢の腱反射亢進
- f. 四肢の病的反射

(2) 血液・生化学検査所見

一般に異常を認めない。

(3) 画像所見

a. 単純X線

後縦靭帯骨化は側面像で椎体後縁に並行する骨化像として認められ、4型に分類される。黄色靭帯骨化は椎弓間に観察される。

b. CT

靭帯骨化の脊柱管内の拡がりや横断面での骨化の形態は、CTによりとらえられる。

c. MRI

靭帯骨化による脊髄の圧迫病態を見るには、MRIが有用である。

(4) 診断

脊椎X線像所見に加え、1に示した自覚症状並びに身体所見が認められ、それが靭帯骨化と因果関係があるとされる場合、本症と診断する。

(5) 鑑別診断

後縦靭帯骨化症に類似した症状又は徴候を呈するために鑑別診断上注意を要する疾患として次のものがある。強直性脊椎炎、変形性脊椎症、強直性脊椎骨増殖症、脊柱管狭窄症、椎間板ヘルニア、脊柱奇形、脊椎・脊髄腫瘍、運動ニューロン疾患、痙性脊髄麻痺（家族性痙性対麻痺）、多発性神経炎、脊髄炎、末梢神経障害、筋疾患、脊髄小脳変性症、脳血管障害、その他。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭帯骨化症調査研究班）による診断基準

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

(1) 骨粗鬆症の診断

低骨量をきたす骨粗鬆症以外の疾患又は続発性骨粗鬆症を認めず、骨評価の結果が下記の条件を満たす場合、原発性骨粗鬆症と診断する。

I. 脆弱性骨折（注1）あり

II. 脆弱性骨折なし

	骨密度値	脊椎X線像での骨粗鬆化
正常	YAMの80%以上	なし
骨量減少	YAMの70%以上80%未満	疑いあり
骨粗鬆症	YAMの70%未満	あり

YAM：若年成人平均値（20歳～44歳）

注1 脆弱性骨折：低骨量（骨密度がYAMの80%未満、あるいは脊椎X線像で骨粗鬆化がある場合）が原因で、軽微な外力によって発生した非外傷性骨折、骨折部位は脊椎、大腿骨頸部、橈骨遠位端、その他。

注2 骨密度は原則として腰椎骨密度とする。ただし、高齢者において、脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨頸部骨密度とする。これらの測定が困難な場合は、橈骨、第2中手骨、踵骨の骨密度を用いる。

注3 脊椎X線像での骨粗鬆症の評価は、従前の骨萎縮度判定基準を参考にして行う。

脊椎X線像での骨粗鬆化	従来骨萎縮度判定基準
なし	骨萎縮なし
疑いあり	骨萎縮度Ⅰ度
あり	骨萎縮度Ⅱ度以上

(2) 骨折の診断

症状及びX線所見による。

参考にした診断基準：

日本骨代謝学会骨粗鬆症診断基準（2000年度改訂版）

6. 初老期における認知症

「精神疾患の分類と診断の手引き 第5版（DSM-V-TR）」（アメリカ合衆国精神医学会作成）といった医学の専門家等において広くコンセンサスの得られた診断基準を用いて医師が診断するものであって、以下のような加齢によって生ずる心身の変化に起因しない疾病によるものを除く。

1. 外傷性疾患

頭部外傷、硬膜下血腫など

2. 中毒性疾患

有機溶剤、金属、アルコールなど

3. 内分泌疾患

甲状腺機能低下症、Cushing 病、Addison 病など

4. 栄養障害

ビタミンB12 欠乏症、ペラグラ脳症など

7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 【パーキンソン病関連疾患】

1. 進行性核上性麻痺

主要項目

(1) 40歳以降で発症することが多く、また、緩徐進行性である。

(2) 主要症候

- ① 垂直性核上性眼球運動障害（初期には垂直性眼球運動の緩徐化であるが、進行するにつれ上下方向への注視麻痺が顕著になってくる）
- ② 発症早期（概ね1-2年以内）から姿勢の不安定さや易転倒性（すくみ足、立直り反射障害、突進現象）が目立つ。
- ③ ほぼ対称性の無動あるいは筋強剛があり、四肢末梢よりも体幹部や頸部に目立つ。

(3) その他の症候

- ① 進行性の構音障害や嚥下障害
- ② 前頭葉性の特徴を有する進行性認知障害（思考の緩慢化、想起障害、意欲低下などを特徴とする）

(4) 画像所見（CTあるいはMRI）

進行例では、中脳被蓋部の萎縮、脳幹部の萎縮、第三脳室の拡大を認めることが多い。

(5) 除外項目

- ① L-DOPAが著効（パーキンソン病の除外）
- ② 初期から高度の自律神経障害の存在（多系統萎縮症の除外）
- ③ 顕著な多発ニューロパチー（末梢神経障害による運動障害や眼球運動障害の除外）
- ④ 肢節運動失行、皮質性感覚障害、他人の手徴候、神経症状の著しい左右差の存在（大脳皮質基底核変性症の除外）
- ⑤ 脳血管障害、脳炎、外傷など明らかな原因による疾患

(6) 判定

次の3条件を満たすものを進行性核上性麻痺と診断する。

- ① (1) を満たす。
- ② (2) の2項目以上がある、あるいは(2)の1項目及び(3)の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

参考事項

進行性核上性麻痺は、核上性注視障害、姿勢反射障害による易転倒性が目立つパーキンソニズム、及び認知症を主症状とする慢性進行性の神経変性疾患である。神経病理学的には、中脳と大脳基底核に萎縮、神経細胞脱落、神経原線維変化、グリア細胞内封入体が発見される。

初発症状はパーキンソン病に似るが、安静時振戦は稀で、歩行時の易転倒性、すくみ足、姿勢反射障害が目立つ。進行するにつれて、頸部の後屈と反り返った姿勢、垂直性核上性眼球運動障害（初期には眼球運動の随意的上下方向運動が遅くなり、ついには下方視ができなくなる）、構音障害や嚥下障害、想起障害と思考の緩慢を特徴とする認知症や注意力低下が発見される。徐々に歩行不能、立位保持不能となって、寝たきりになる。

抗パーキンソン病薬への反応は不良である。一時的に抗うつ薬やドロキシドパで症状が改善することがある。

非定型例として「純粹無動症」と呼ばれる病型があり、パーキンソン病に似て、歩行障害、すくみ足、易転倒性を特徴とするが、筋強剛や振戦を欠く。眼球運動障害も末期になるまで出現しないことが多い。

2. 大脳皮質基底核変性症

主要項目

(1) 中年期以降に発症し緩徐に進行する。

(2) 失行あるいはその他の大脳皮質徴候

- ① 肢節運動失行があり、左右差が目立つ。
- ② 肢節運動失行が明瞭でなくても、皮質性感覚障害、把握反応、「他人の手」徴候、反射性ミオクローヌスのいずれがあり、左右差が目立つ。
- ③ 観念運動失行が肢節運動失行よりも顕著な場合は、左右差は目立たないことが多い。
- ④ その他の認知機能障害として、稀に、認知症、異常行動、注意障害、失語などが早期から目立つ例がある。

(3) 錐体外路徴候

- ① パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）：障害は下肢よりも上肢に目立つことが多い。
- ② ジストニー

(4) その他の神経症状

- ① 偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）
- ② 尿失禁

(5) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の障害（大脳半球の萎縮又は血流低下）は診断において、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性に異常所見が出現する例もあるので、診断上必須所見とはしない。

(6) 除外すべき疾患

- ① パーキンソン病
- ② 進行性核上性麻痺
- ③ 多系統萎縮症（特に線条体黒質変性症）
- ④ 薬剤、脳炎、脳血管障害、外傷など
- ⑤ 類似症状を呈するその他の疾患

(7) 判定

次の3条件を満たすものを皮質基底核変性症と診断する。

- ① (1) を満たす。
- ② (2) の1項目以上、及び(3) の1項目以上がある。
- ③ 他の疾患を除外できる。

注：なお、必須ではないが、画像所見によって他の疾患を除外し、一側性優位性の障害を確認する事が望ましい。

参考所見

大脳皮質基底核変性症（CBD）は、一側優位性が目立つ大脳半球萎縮及び基底核変性を生じる神経変性疾患で、特有の大脳皮質症状と運動障害を呈する。

(1) 臨床的には、以下の所見がみられる。

- ① 中年期以降に発病し緩徐に進行する。
- ② 大脳皮質症状として、前頭・頭頂葉症状が見られる。最も頻度が高く特徴的な症状は肢節運動失行で、この他に観念運動失行、皮質性感覚障害、把握反応、他人の手徴候、反射性ミオクローヌスなどが出現する。
- ③ 錐体外路症状として、パーキンソニズム（無動、筋強剛、振戦）、ジストニーなどが出現する。症状は下肢よりも上肢のほうが顕著なことが多い。
- ④ 上記神経症状には、病初期から顕著な一側優位性がみられることが多い。
- ⑤ 注意障害、認知症、異常行動のような精神症状は、通常、運動症状よりも遅れて出現する。
- ⑥ 歩行障害、偽性球麻痺（構音障害、嚥下障害）などが早期から出現するために、進行性核上性麻痺と鑑別困難な症例がある。

(2) 画像所見

CT、MRI、SPECTで、一側優位性の大脳半球萎縮又は血流低下を認めた場合には、重要な支持的所見である。しかし、両側性あるいはび漫性の異常を認め

る例もあるので、診断上必須所見とはしない。

(3) 薬物等への反応

L-DOPAや他の抗パーキンソン病薬への反応は不良である。抗うつ薬、ドレキシドパ、経頭蓋磁気刺激などが試みられているが、効果はあっても一時的である。

(4) 病理学的所見

前頭・頭頂葉に目立つ大脳皮質萎縮が認められ、黒質の色素は減少している。顕微鏡的には皮質、皮質下、脳幹の諸核（視床、淡蒼球、線条体、視床下核、黒質、中脳被蓋など）に神経細胞減少とグリオシスが認められる。ピック細胞と同様の腫大した神経細胞が大脳皮質及び皮質下諸核に認められる。黒質細胞には神経原線維変化がみられる。ガリアス染色やタウ染色ではグリア細胞にも広範な変性が認められ、特にastrocytic plaque は本症に特徴的である。

3. パーキンソン病

以下の4項目のすべてを満たした場合、パーキンソン病と診断する。ただし、Yahr の分類の Stage は問わない。1、2、3 は満たすが、薬物反応を未検討の症例は、パーキンソン病疑い症例とする。

- (1) パーキンソニズムがある。※1
- (2) 脳CT 又はMRI に特異的異常がない。※2
- (3) パーキンソニズムを起こす薬物・毒物への曝露がない。※3
- (4) 抗パーキンソン病薬にてパーキンソニズムに改善がみられる。

※1 パーキンソニズムの定義は、次のいずれかに該当する場合とする。

- (1) 典型的な左右差のある安静時振戦（4～6 Hz）がある。
- (2) 歯車様筋強直、動作緩慢、姿勢歩行障害のうち2つ以上が存在する。

※2 脳CT 又はMRI における特異的異常とは、多発脳梗塞、被殻萎縮、脳幹萎縮、著明な脳室拡大、著明な大脳萎縮など他の原因によるパーキンソニズムであることを示す明らかな所見の存在をいう。

※3 薬物に対する反応はできるだけドパミン受容体刺激薬又はL-DOPA 製剤により判定することが望ましい。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（神経変性疾患調査研究班）による診断基準

8. 脊髄小脳変性症

【主要項目】

脊髄小脳変性症は、運動失調を主要症候とする原因不明の神経変性疾患の総称であり、臨床、病理あるいは遺伝子的に異なるいくつかの病型が含まれる。臨床的には以下の特徴を有する。

- (1) 小脳性ないしは後索性の運動失調を主要症候とする。
- (2) 徐々に発病し、経過は緩徐進行性である。
- (3) 病型によっては遺伝性を示す。その場合、常染色体優性遺伝性であることが多いが、常染色体劣性遺伝性の場合もある。
- (4) その他の症候として、錐体路徴候、錐体外路徴候、自律神経症状、末梢神経症状、高次脳機能障害などを示すものがある。
- (5) 頭部のMRIやX線CTにて、小脳や脳幹の萎縮を認めることが多く、大脳基底核病変を認めることもある。
- (6) 脳血管障害、炎症、腫瘍、多発性硬化症、薬物中毒、甲状腺機能低下症など二次性の運動失調症を否定できる。

なお、オリブ橋小脳萎縮症については、従前の診断基準では脊髄小脳変性症の一病型として取扱うこととしていたが、特定疾患治療研究事業における傷病区分の変更等を踏まえ、多系統萎縮症の一病型として取扱うこととしたため、注意を要する。（「11. 多系統萎縮症」の診断基準を参照）

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調調査研究班）による診断基準

9. 脊柱管狭窄症

下記の症状（神経根、脊髄及び馬尾症状）と画像所見による脊柱管狭窄化を総合的に診断されたものをいう。ただし、以下の各項に該当するものに限る。

- a. 頸椎部、胸椎部又は腰椎部のうち、いずれか1以上の部において脊柱管狭窄化を認めるもの。
- b. 脊柱管狭窄化の程度は画像上（単純X線写真、断層写真、CT、MRI、ミエログラフィーなど）脊柱管狭窄化を認め、脊髄、馬尾神経又は神経根を明らかに圧迫する所見のあるものとする。
- c. 画像上の脊柱管狭窄化と症状の間に因果関係の認められるもの。

症状

主として四肢・躯幹の痛み、しびれ、筋力低下、運動障害、脊椎性間欠跛行を呈する。排尿・排便障害を伴うことがある。これらの症状は増悪、軽快を繰り返し、次第に悪化して歩行が困難となる。転倒などの軽微な外傷機転によって症状が急激に悪化し、重篤な脊髄麻痺をきたすことがある。

鑑別疾患

変形性脊椎症（神経学的症状を伴わないもの）
椎間板ヘルニア
脊椎・脊髄腫瘍
脊椎すべり症（神経学的症状を伴わないもの）
腹部大動脈瘤
閉塞性動脈硬化症
末梢神経障害
運動ニューロン疾患
脊髄小脳変性症
多発性神経炎
脳血管障害
筋疾患
後縦靭帯骨化症

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（脊柱靭帯骨化症調査研究班）による診断基準

10. 早老症

ウェルナー症候群、プロジェリア症候群、コケイン症候群に該当するものをいう。
ウェルナー症候群に関しては、以下の確実例及び疑い例に該当するものをいう。

確実例：（１）のすべてと（２）の２つ以上
（１）の２つと（３）

疑い例：（１）の２つと（２）の２つ以上

（１）主徴候：

- a. 早老性外貌（白髪、禿頭など）
- b. 白内障
- c. 皮膚の萎縮、硬化又は潰瘍形成

（２）その他の徴候と所見

- a. 原発性性腺機能低下
- b. 低身長及び低体重
- c. 音声の異常
- d. 骨の変形などの異常
- e. 糖同化障害
- f. 早期に現れる動脈硬化
- g. 尿中ヒアルロン酸増加
- h. 血族結婚

（３）皮膚線維芽細胞の分裂能の低下

参考にした診断基準：

厚生省特定疾患調査研究班（ホルモン受容機構異常調査研究班）によるウェルナー症候群の診断の手引き

11. 多系統萎縮症

1. 主要項目

(1) オリブ橋小脳萎縮症

中年以降に発症し、初発・早期症状として小脳性運動失調が前景に現れる。経過とともにパーキンソニズム、自律神経症状(排尿障害や起立性低血圧など)を呈することが多い。頭部のMRIで、小脳、橋(特に底部)の萎縮を比較的早期から認める。この変化をとらえるにはT1WI矢状断が有用である。また、T2WI水平断にて、比較的早期から橋中部に十字サインが認められる。この所見では診断的意義が高い。

(2) 線条体黒質変性症

中年以降に発症し、パーキンソン病様の症状で発症し、振戦よりは筋固縮、無動が目立つ。抗パーキンソン病薬に対する反応は不良であるが、数年間にわたって有効な例もある。経過と共に、自律神経症候や運動失調が加わってくる。MRIにて、橋底部、小脳の萎縮、線条体の萎縮、被殻外側のスリット状のT2高信号域などが診断の補助となる。特に被殻外側のT2高信号像の診断的意義は高い。パーキンソン病やびまん性レビー小病体との鑑別には¹²³I-MIBG心筋シンチグラフィが有用である。パーキンソン病やレビー小病体では、心筋への集積低下が認められるのに対して、多系統萎縮症では集積低下は認めない。

(3) シャイ・ドレーガー症候群

中年以降に発症し、起立性低血圧(収縮期でも20mmHgもしくは拡張期で10mmHg以上)、排尿障害(100mL以上の残尿・尿失禁)、男性での陰萎を中心とした自律神経症状が前景となる。発症後1年間にわたり上記の自律神経症状が前景であった場合に、シャイ・ドレーガー症候群ととらえる。発症後5年以上経過しても自律神経症状のみである場合は、他疾患(純粋自律神経失調症 pure autonomic failure ; PAF)や他の自律神経ニューロパチー(アミロイド・ポリニューロパチーや糖尿病性ニューロパチー)との鑑別が必要である。

2. 参考事項

これまで、オリブ橋小脳萎縮症、線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群として分類されてきた疾患については、病変分布の濃淡（オリブ、橋、小脳、線条体、黒質、自律神経系の変性がさまざまな分布で認められる）によって臨床症状に多少の異なりがあるものの、基本的な臨床像は共通していることに加え、病理学的にも、特徴的なオリゴデンドロサイト内嗜銀性封入体が観察されることから、同一の疾患としてとらえられるようになり、これらの疾患を多系統萎縮症と総称するようになった。臨床的には、小脳性運動失調症、パーキンソニズム、自律神経症状のいずれかを初発症状として発病し、経過と共にそれ以外の症状も明らかになってくる。進行例では声門開大障害に伴う特徴的ないびきや睡眠時無呼吸が観察されることが多く、突然死を起こすことがあり注意する必要がある。

参考にした診断基準：

厚生労働省特定疾患調査研究班（運動失調症調査研究班）による診断基準

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

(1) を満たした上で、(2) ~ (4) の各疾病に関する状態に該当するものをいう。

(1) 糖尿病の診断

a. 空腹時血糖値 \geq 126mg/dl、75gOGTT 2時間値 \geq 200mg/dl、随時血糖値 \geq 200mg/dl、のいずれか（静脈血漿値）が、別の日に行った検査で2回以上確認できること。

(注1) これらの基準値を超えても、1回の検査だけの場合には糖尿病型と呼ぶ。

(注2) ストレスのない状態での高血糖の確認が必要である。1回目と2回目の検査法は同じである必要はない。1回目の判定が随時血糖値 \geq 200mg/dlで行われた場合は、2回目は他の方法によることが望ましい。1回目の検査で空腹時血糖値が126-139mg/dlの場合には、2回目にはOGTTを行うことを推奨する。

b. 1回だけの検査が糖尿病型を示し、かつ次のいずれかの条件がみたされること。

ア. 糖尿病の典型的症状（口渇、多欲、多尿、体重減少）の存在

イ. HbA1c \geq 6.5%（日本糖尿病学会グリコヘモグロビン標準化委員会の標準検体による補正值）

ウ. 確実な糖尿病網膜症の存在

c. 過去において上記のa. ないしb. がみたされたことがあり、それが病歴などで確認できること。

(注1) 以上の条件によって、糖尿病の判定が困難な場合には、患者を追跡し、時期をおいて再検査する。

(注2) 糖尿病の診断に当たっては、糖尿病の有無のみならず、分類（成因、代謝異常の程度）、合併症などについても把握するように努める。

(2) 糖尿病性神経障害

以下の重症度評価表において4点以上であること

重症度評価表

項目	スコア			
	0	1	2	3
自覚症状				
1 パレステジア	なし	軽度	中等度	高度
2 しびれ感	なし	軽度	中等度	高度
3 足が冷たい、熱い	なし	軽度	中等度	高度
他覚所見				
4 足の第1指の触覚低下	なし	軽度	中等度	高度
5 筋萎縮	なし	軽度	中等度	高度
6 足の第1指の振動覚低下	なし	軽度	中等度	高度
7 アキレス腱反射	正常	減弱	遅延	消失
8 起立時血圧下降 (mmHg)	~10	11~20	21~34	35~
電気生理学的検査				
9 F波最小潜時 (m/sec)	≤27	28~30	31~33	≥34
10 F波伝導速度 (m/sec)	≥56	50~55	45~49	<45

(3) 糖尿病性腎症

糖尿病性腎症病期分類第2期（早期腎症）以上の所見が見られること。

糖尿病性腎症病期分類

病期	臨床的特徴		病理学的特徴 (参考所見)
	尿蛋白 (アルブミン)	GFR (Ccr)	
第1期 (腎症前期)	正常	正常 時に高値	びまん性病変：なし~軽度
第2期* (早期腎症)	微量アルブミン尿	正常 時に高値	びまん性病変：軽度~中等度 結節性病変：ときに存在
第3期-A (顕性腎症前期)	持続性蛋白尿	ほぼ正常	びまん性病変：中等度 結節性病変：多くは存在
第3期-B (顕性腎症後期)	持続性蛋白尿**	低下**	びまん性病変：高度 結節性病変：多くは存在
第4期 (腎不全期)	持続性蛋白尿	著明低下 (血清クレアチニン上昇)	荒廃糸球体
第5期 (透析療法期)			

- * 腎症早期診断に必須である微量アルブミン尿の診断基準を下記の通りとする
 - a. スクリーニング
 - 来院時尿（随時尿）を用い、市販のスクリーニング用キットで測定する。
 - b. 診断
 - 上記スクリーニングで陽性の場合、あるいは初めから時間尿を採取し、以下の基準に従う。

夜間尿	10 μ g/分以上
24 時間尿	15 μ g/分以上
昼間（安静時）尿	20 μ g/分以上
 - c. 除外診断
 - ア. 非糖尿病性腎疾患
 - イ. 尿路系異常と感染症
 - ウ. うっ血性心不全
 - エ. 良性腎硬化症

（注 1） a. 及び b. の両者とも、日差変動が大きいいため、複数回の採尿を行い判定すること。

（注 2） 試験紙法で尿蛋白軽度陽性の場合でも、尿中アルブミン測定が望ましい。なお、微量アルブミン尿の上限は、約 200 μ g/分とされている。

（注 3） 以下の場合には判定が紛らわしい場合があるので検査を避ける。

- 高度の希釈尿
- 妊娠中、生理中の女性
- 過激な運動後、過労、感冒など

** 持続性蛋白尿約 1 g / 日以上、GFR（Ccr）約 60mL / 分以下を目安とする。

（4）糖尿病性網膜症

以下の分類で軽症網膜症（無症状）のものを除く

病型	臨床所見
非増殖網膜症	
軽症網膜症（無症状）	壁の薄い毛細血管瘤、点状網膜出血
中等症網膜症（黄斑浮腫がみられる場合には症状あり）	壁が薄い又は厚い毛細血管瘤、網膜出血、硬性白斑、網膜浮腫、特に黄斑浮腫
重症網膜症（増殖前網膜症）	網膜出血、毛細血管瘤、軟性白斑、IRMA、数珠状静脈異常

増殖網膜症	
活動性の高い網膜症 (漏出性、充血、活動性、代償不全)	<p>顕著な網膜所見：網膜出血、IRMA、数珠状静脈異常、軟性白斑、網膜浮腫</p> <p>新生血管：裸の新生血管、小さな繊維増殖、口径拡大、乳頭近傍を含む、急速な進展</p> <p>硝子体：初期には収縮なし、収縮による硝子体出血</p> <p>経過：急速に進展、安定期や非漏出性へ</p>
中等度の網膜症(乾性、静止性、安定性)	<p>顕著でない網膜所見</p> <p>新生血管：裸の新生血管、さまざまな程度の繊維増殖、しばしば長く糸状、乳頭近傍を含まない、進展や寛解は緩徐</p> <p>経過：徐々に進展、安定期又は寛解期へ</p>
燃えつきた網膜症	<p>網膜所見：動脈狭細化・白線化・混濁、静脈白線化・不規則少数の出血、白斑、IRMA</p> <p>新生血管：繊維増殖膜による被覆、消失</p> <p>硝子体：完全収縮、下方に陳旧性硝子体混濁</p> <p>経過：沈静化、ときに新鮮な硝子体出血</p> <p>網膜機能：局在性又はびまん性の牽引性網膜剥離、後極部が非剥離0.1~0.6、重症な網膜虚血、重篤な視力障害の原因となる。</p>

黄斑浮腫については、以下の基準のうち、中等症黄斑症(黄斑浮腫)、重症黄斑症(黄斑浮腫)の基準を満たすものとする。

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
黄斑症(黄斑浮腫)なし	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑なし。
黄斑症(黄斑浮腫)あり	眼底後極に網膜浮腫による肥厚、硬性白斑あり。

黄斑症(黄斑浮腫)が存在する場合、以下のように重症度を分類することができる

重症度レベル	散瞳下眼底検査所見
軽度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が眼底後極にあるが、黄斑中央部より離れている。
中等度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に近づきつつあるが到達していない。
重度黄斑症(黄斑浮腫)	網膜浮腫による肥厚、硬性白斑が黄斑中央部に到達している。

参考にした診断基準：

糖尿病については、糖尿病診断基準検討委員会報告による診断基準

糖尿病性腎症については、厚生省糖尿病調査研究班による糖尿病性腎症早期診断基準及び厚生省糖尿病研究班による糖尿病性腎症病期分類

糖尿病性網膜症については、Davis 分類及び糖尿病黄斑症(黄斑浮腫)国際重症度分類

糖尿病性神経障害については、厚生省糖尿病研究班による糖尿病性神経障害重症度評価表

13. 脳血管疾患

明らかな血管性の器質的脳病変を有するもので、以下の分類に該当するものをいう。

1. 虚血群＝脳梗塞症※

- ① アテローム血栓性脳梗塞
- ② ラクナ梗塞
- ③ 心原性脳塞栓症
- ④ その他の分類不能な脳梗塞(症)

2. 出血群＝頭蓋内出血

- ①脳出血
 - ②くも膜下出血
 - ③その他の頭蓋内出血
-

※ 明確な脳血管性と思われる発作を欠き、神経症候も認められないが、偶然CT・MRIなどで見出された脳梗塞は、無症候性脳梗塞と呼び、その他の症候を有する脳梗塞は、脳梗塞症と呼んで区別することが望ましい。

(診断基準)

1. 虚血群＝脳梗塞(症)

1) アテローム血栓性脳梗塞

内頸動脈、前・中・後大脳動脈、椎骨動脈や脳底動脈あるいはその皮質枝のアテローム血栓によって生じた脳梗塞。

(1) 臨床症状

1. 安静時の発症が比較的多い。
2. 局所神経症候は病巣部位や閉塞血管により多彩であるが、片麻痺、四肢麻痺、半身感覚障害、同名性半盲、失語などが多い。
3. 意識障害は重篤なものから、ないものまで多様。内頸動脈や脳底動脈の閉塞では高度の意識障害を呈することがある。
4. 症状の進行は一般に緩徐であり段階的な進行を示すが、アテローム血栓が栓子となり脳末梢部血管に塞栓を生じる動脈原性脳塞栓症では突発発症する。

(2) CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に責任病巣に相当する脳主幹動脈、ないしはその皮質枝領域にX線低吸収域(LDA)が出現する。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症数

時間以内から、責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えることが多い。

(3) その他

1. 動脈硬化を伴う基礎疾患（高血圧、糖尿病、高脂血症など）の存在することが多い。
2. 時に頸部に血管雑音（bruit）が聴取される。この場合は頸部超音波検査、MRA検査などを行い内頸動脈狭窄・閉塞の有無をチェックする事が望ましい。

2) ラクナ梗塞

脳深部の穿通枝領域に生じた直径1.5cm以下の小梗塞。

(1) 臨床症候

2. 安静時の発症が多い。
3. 典型的なものは、意識障害を伴わず、片麻痺、半身感覚障害、失調性片麻痺などのみを呈する。

(2) CT・MRI所見

1. CT上、発症1～2日後に脳の深部（穿通枝領域）に直径1.5cm以下のX線低吸収域（CT）を認める。
2. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像では発症4～5時間以内から責任病巣に一致する高信号域を認める。CT・MRIともに病巣最大径が1.5 cmを超えない。特に脳幹部などの病巣検出や微小なラクナ梗塞の発見にはCTよりもMRI検査が望ましい。

(3) その他

基礎疾患に高血圧、糖尿病などを認める事が多く、また時には脳梗塞症発現以前から存在した無症候性脳梗塞を画像上に認める事がある。

3) 心原性脳塞栓症

心房細動、心臓弁膜症、陳旧性心筋梗塞などの患者に生じた心臓内血栓が栓子となり、脳血管に塞栓が生じたもの。

(1) 臨床症候

1. 特定脳動脈領域の局所神経症候が突発し、急速に完成する。大脳皮質を含む病巣が多く、失語・失認などの大脳皮質症候を伴う事が多い。内頸動脈塞栓症では重篤な症状が突発する。
2. 意識障害を伴う事が多い。
3. 塞栓原と考えられる心疾患（心房細動、弁膜疾患、心筋梗塞など）の合併がある。

(2) CT・MRI 所見

1. CT上、発症1～2日以内に責任病巣に相当するX線低吸収域（LDA）が出現する。
2. CT上、数日以内にLDA内に混在するX線高吸収域（HDA）（これは出血性梗塞の存在を意味する）が高頻度にみられる。
3. MRI上、拡散強調画像では発症早期から、FLAIR・T2強調画像でも数時間以内に高信号領域が出現する。
4. 内頸動脈などの主幹動脈塞栓では画像上、早期から強い脳浮腫の存在を示す所見がみられる事がある。

(3) その他

塞栓原となる心疾患を診断する事及び神経症候が突発した事を確認する事が診断上、極めて重要である。発症後の時期にもよるが、出血性梗塞の存在も診断の参考になる。

4) その他の分類不能な脳梗塞

CT所見や臨床症候から脳出血は否定できるが、上記1) 2) 3) に該当しないものや、上記1) 2) 3) のうち2つ以上が混在する場合は分類不能とする。空気塞栓、脂肪塞栓、奇異性塞栓などもここに分類される。

2. 出血群＝頭蓋内出血

1) 脳（実質内）出血

(1) 臨床症状

1. 通常、高血圧症の既往があり、発症時には著しく血圧が上昇する。
2. 日中活動時に発症することが多い。
3. しばしば頭痛があり、ときに嘔吐を伴う。
4. 意識障害をきたすことが多く、急速に昏睡に陥ることもある。
5. 局所神経症候は出血部位によって左右され、多彩であるが、被殻、視床の出血の頻度が高く、片麻痺、片側性感覚障害が多い。

(2) CT所見

発症直後から出血部位に一致してX線高吸収域（HDA）が出現する。

注：確定診断は脳実質内巣を証明することである。高血圧による脳細動脈の血管壊死もしくは類繊維素変性が原因となり出血する高血圧性脳出血が一般的である。小出血では頭痛、意識障害を欠き、脳梗塞との鑑別が困難なものがある。臨床障害による診断は蓋然的なものであり、確定診断はCTによる血腫の証明が必要である。

2) くも膜下出血

(1) 臨床症状

1. 突発する激しい頭痛（嘔気、嘔吐を伴うことが多い）で発症する。
2. 髄膜刺激症状（項部硬直、Kernig 徴候など）がある。
3. 発症直後は局所神経症状が出現することは少ない（ただし、ときに発症当初より一側性の限局性の動眼神経麻痺を呈する）。
4. 発症時に意識障害をきたすことがあるが、しばしば一過性である。
5. 網膜前出血をみることがある。
6. 血性髄液（注）

(2) CT所見

1. くも膜下腔（脳槽、脳溝など）に出血を認めるX線高吸収域（HDA）を認める。
2. ときに脳実質内の出血を合併することがある。

(3) その他

脳血管撮影では脳動脈瘤、脳動脈奇形などの血管異常を認めることが多い。

注：確定診断はくも膜下腔への出血の確認であるが、CTで出血が証明される場合は髄液検査の必要はない。

参考にした診断基準：

厚生省循環器病委託研究班（平成元年度）による研究報告を平成17年に日本脳卒中学会により修正

14. 閉塞性動脈硬化症

動脈硬化症は全身性疾患であるが、それに伴って腹部大動脈末梢側、四肢の主幹動脈、下肢の中等度の動脈等に閉塞が見られる場合であって、以下の状態のうち、Ⅱ度以上に該当するもの。

Ⅰ度 冷感、しびれ感

Ⅱ度 間歇性跛行

Ⅲ度 安静時痛

Ⅳ度 潰瘍、壊死

参考にした診断基準：

Fontaine の分類

15. 慢性閉塞性肺疾患

以下の状態に該当するものをいう。

慢性気管支炎あるいは肺気腫による気流閉塞を特徴とする疾患である。気流閉塞は通常は進行性であり、ときには、気道反応性の亢進を伴い、また部分的には可逆的な場合もあるが、特異的な原因によるものを除外する。

(1) 慢性気管支炎

気管支からの過剰な粘液分泌を特徴とし、喀痰を伴う咳 (Productive cough) が慢性あるいは繰り返し起こるもの。慢性とは1年に3ヶ月以上続き、それが2ヶ年 (2冬連続) 以上にわたる場合。但し、特異的肺疾患、新生物、心疾患などによるものは除外される

(2) 肺気腫

呼吸細気管支より末梢の肺胞の異常拡張

(3) 気管支喘息

種々の刺激に対して気道の反応性が亢進した状態で広範な気道の狭窄を特徴とし、この閉塞性障害が自然にあるいは治療により変化するもの。ただし、肺、心、血管系の病変に由来するものは除く。

(4) びまん性汎細気管支炎

参考とした診断基準：

アメリカ合衆国胸部学会作成診断分類

16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(1) 両側の膝関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の膝関節にX線所見上、骨棘形成、関節裂隙の狭小化、軟骨下骨の骨硬化、骨嚢胞の形成等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会変形性膝関節症治療成績判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a. 変形性膝関節症治療成績判定基準

	右	左
① 疼痛・歩行能		
1) 1 km 以上歩行可、通常疼痛はないが、動作時たまに疼痛を認めてもよい。	3 0	3 0
2) 1 km 以上歩行可、疼痛あり。	2 5	2 5
3) 500m 以上、1 km 未満の歩行可、疼痛あり	2 0	2 0
4) 100m 以上、500m 未満の歩行可、疼痛あり	1 5	1 5
5) 室内歩行又は 100m 未満の歩行可、疼痛あり	1 0	1 0
6) 歩行不能	5	5
7) 起立不能	0	0
②疼痛・階段昇降能		
1) 昇降自由・疼痛なし	2 5	2 5
2) 昇降自由・疼痛あり、手すりを使い・疼痛なし	2 0	2 0
3) 手すりを使い・疼痛あり、一步一步・疼痛なし	1 5	1 5
4) 一步一步・疼痛あり、手すりを使い一步一步・疼痛なし	1 0	1 0
5) 手すりを使い一步一步・疼痛あり	5	5
6) できない	0	0
③屈曲角度及び強直・高度拘縮		
1) 正座可能な可動域	3 5	3 5
2) 横座り・胡座可能な可動域	3 0	3 0
3) 110 度以上屈曲可能	2 5	2 5
4) 75 度以上屈曲可能	2 0	2 0
5) 35 度以上屈曲可能	1 0	1 0
6) 35 度未満の屈曲、又は強直、高度拘縮	0	0
④腫脹		
1) 水腫・腫脹なし	1 0	1 0
2) 時に穿刺必要	5	5
3) 頻回に穿刺必要	0	0
総 計		

b. 記入要項

ア. 疼痛・歩行能

- ・歩行はすべて連続歩行（休まずに一気に歩ける距離）を意味する。
- ・疼痛は歩行時痛とする（疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をふくむ）。
- ・ある距離までしか歩けないが、その範囲では疼痛ない時は、その1段上のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・ある距離で激痛が現れる時、その1段下のクラスの疼痛・歩行能とする。
- ・「通常疼痛ないが、動作時たまに疼痛あってもよい」は買物後、スポーツ後、仕事後、長距離歩行後、歩き初めなどに疼痛がある状態をいう。
- ・「1km以上の歩行」はバスの2～3停留所間隔以上歩ける、あるいは15分以上の連続歩行可能をいう。
- ・「500m以上、1km未満の歩行」は買物が可能な程度の連続歩行をいう。
- ・「100m以上、500m未満の歩行」は近所づきあい程度の連続歩行をいう。
- ・「室内歩行又は100m未満の歩行」は室内又は家の周囲、庭内程度の連続歩行をいう。
- ・「歩行不能」は起立はできるが歩けない、歩行出来ても激痛のある場合をいう。

イ. 疼痛・階段昇降能

- ・疼痛は階段昇降時痛をいう。
- ・疼痛は鈍痛、軽度痛、中等度痛をいう。
- ・激痛があるときはその1段下のランクとする。
- ・筋力低下などで「出来ない」状態であるが疼痛のない時は「手すりを使い一歩一歩（1段2足昇降）で疼痛あり」とする。

ウ. 屈曲角度及び強直・高度拘縮

- ・「110°以上屈曲可能」は110°以上屈曲可能であるが、正座、横座り、胡座は出来ない状態をいう。
- ・「75°以上屈曲可能」は75°以上110°未満の屈曲可能をいう。
- ・「35°以上屈曲可能」は35°以上75°未満の屈曲可能をいう。
- ・「高度拘縮」は肢位の如何にかかわらず arc of motion で35°以下をいう。

エ. 腫脹

- ・「時に穿刺必要」：最近時に穿刺を受けている、又は時にステロイドの注入を受けている、など。
- ・「頻回に穿刺必要」：常に水腫がある。

(2) 両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

両側の股関節にX線所見上、関節裂隙の不整狭小化、軟骨下骨梁の骨硬化、骨棘形成、骨嚢胞の形成、骨頭変形等の著しい変形を伴い、日本整形外科学会股関節機能判定基準において何らかの障害が認められるもの。

a. 股関節機能判定基準

	右	左
①疼痛		
1) 股関節に関する愁訴が全くない。	40	40
2) 不定愁訴（違和感、疲労感）があるが、痛みはない。	35	35
3) 歩行時痛みはない（ただし歩行開始時あるいは長距離歩行後疼痛を伴うことがある）。	30	30
4) 自発痛はない。歩行時疼痛はあるが、短時間の休息で消退する。	20	20
5) 自発痛はときどきある。歩行時疼痛があるが、休息により軽快する。	10	10
6) 持続的に自発痛又は夜間痛がある。	0	0
具体的表現		

②可動域（記入要項を参照）

角度	右	左
屈曲		
伸展		
外転		
内転		

点数	右	左
屈曲		
外転		

③歩行能力	
1) 長距離歩行、速歩が可能、歩容は正常。	20
2) 長距離歩行、速歩は可能であるが、軽度の跛行を伴うことがある。	18
3) 杖なしで、約30分又は2km歩行可能である。跛行がある。日常の屋外活動にはほとんど支障がない。	15
4) 杖なしで、10-15分程度、あるいは約500m歩行可能であるが、それ以上の場合、1本杖が必要である。跛行がある。	10
5) 屋内で活動はできるが、屋外活動は困難である。屋外では2本杖を必要とする。	5
6) ほとんど歩行不能。	0
具体的表現	

	容易	困難	不能
④日常生活動作			
1) 腰掛け	4	2	0
2) 立ち仕事（家事を含む） ※持続時間約 30 分。休息を要する場合、困難とする。 5分くらいしかできない場合、不能とする。	4	2	0
3) しゃがみこみ・、立ち上がり ※支持が必要な場合、困難とする。	4	2	0
4) 階段の昇り降り ※手すりを要する場合は困難とする。	4	2	0
5) 車、バスなどの乗り降り	4	2	0

b. 総計評価：

$$\frac{\text{右、左}}{\text{両側の機能}} : \frac{(\quad) + (\quad)}{(\quad)}$$

c. 股関節機能診断基準の記入要項

ア. 疼痛について

- ・左右別々に記入する。
- ・40点は全く正常な股関節を対象とするので注意を要する。
- ・記載に際しては欄外に「具体的表現」の項があるので、ここに患者の表現をできるだけ記入する。

イ. 可動域について

- ・可動域は5°刻みで記載する。配点は下表の通り外転の10°未満を除き、10°刻みとする。
- ・拘縮のある場合はこれを引き、可動域で評価する。

屈曲	配点	外転	配点
0° ~ 10° 未満	0点	0° ~ 5° 未満	0点
10° ~ 20° 未満	1点	5° ~ 10° 未満	2点
...	...	10° ~ 20° 未満	4点
110° ~ 120° 未満	11点	20° ~ 30° 未満	6点
120° ~	12点	30° ~	8点

* 拘縮のない場合

(例) 屈曲	100°、伸展 0°	→10点	} 計 16点
外転	20°	→6点	

* 拘縮のある場合

(例) 屈曲拘縮 20°、外転拘縮 5° で屈曲 100°、外転 20° 可能な場合

屈曲	100°	—	20°	=	80°	→	8点	} 計 12点
外転	20°	—	5°	=	15°	→	4点	

ウ. 歩行能力について

- ・両側の機能として記入する。
- ・20点、18点の項に表記される「速歩」とは「小走り」と理解する。これと同類の動作はすべて速歩とする。
- ・内容に関しては欄外の具体的表現の所に記入する。

エ. 日常生活動作について

- ・両側の機能として記入する。
- ・立ち仕事、しゃがみこみ・立ち上がり、階段の昇り降りについては注に準じて困難を判断する。
- ・車、バスなどの乗り降りについては本人の訴えで判断する。

オ. 表記法について

- ・両側機能と片側機能に分けられる項目で得点をそれぞれ記載して見られるようにした。

右、左 : 疼痛と可動域の合計 とし、満点は、60、60
両側の機能 歩行能力と日常生活動作の合計 40

となる。

- ・たとえば、人工股関節置換術の両側例（あるいはカテゴリーB）で、左のみ手術が施行された場合、評価点が

35、48
28

であったなら、カテゴリーBで左術前××点が術後76点になった、という表現となる。

参考にした診断基準：

日本整形外科学会 評価基準・ガイドライン・マニュアル集に基づき、平成18年に日本整形外科学会において一部修正

事 務 連 絡
平成22年4月30日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があります。

については、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合は、下記の事項に留意し、適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行っていただくようお願いいたします。

記

1. 暫定ケアプランの作成について

保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができます。また、一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、迅速な暫定ケアプランの作成、介護サービスの提供を徹底いただくようお願いいたします。

2. 要介護認定の実施について

一部の保険者では、末期がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施しているところです。

こうしたことを踏まえ、末期がん等の方で、介護サービスの利用について急を要する場合には、暫定ケアプランの作成に加え、迅速な要介護認定を実施いただくようお願いいたします。

3. 入院中からの介護サービスと医療機関等との連携について

入院している末期がん等の方が、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています。

入院している末期がん等で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくようお願いいたします。

(参考)

①介護報酬上の評価

○平成 21 年度より新規に導入

- ・医療連携加算：150 単位／月（利用者 1 人につき 1 回を限度）
- ・退院・退所加算：400 単位／月（入院期間が 30 日を超えない場合）
600 単位／月（入院期間が 30 日を超える場合）

②診療報酬上の評価

○平成 22 年度より新規に導入

- ・介護支援連携指導料 300 点（入院中 2 回）

○平成 22 年度以前より導入

- ・退院時共同指導料 300 点（入院中 1 回）
- ・急性期病棟等退院調整加算 140 点（退院時 1 回）（平成 22 年度に改正）

4. 主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示について

「要介護認定における「認定調査票記入の手引き」、「主治医意見書記入の手引き」及び「特定疾病にかかる診断基準」について」（平成 21 年 9 月 30 日老老発 0930 第 2 号厚生労働省老健局老人保健課長通知）において「40 歳以上 65 歳未満の第 2 号被保険者については、主治医意見書の診断名の欄に、介護を必要とさせている生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入」することとしています。

主治医意見書に末期がんであることを明示することは、保険者の要介護認定事務局や介護保険認定審査会における迅速な対応に資するため、特に申請者が末期がんと診断されている場合には、診断名を明示いただくよう、主治医の皆さまに周知願います。ただし、告知の問題については十分留意願います。

5. 区分変更申請の機会の周知について

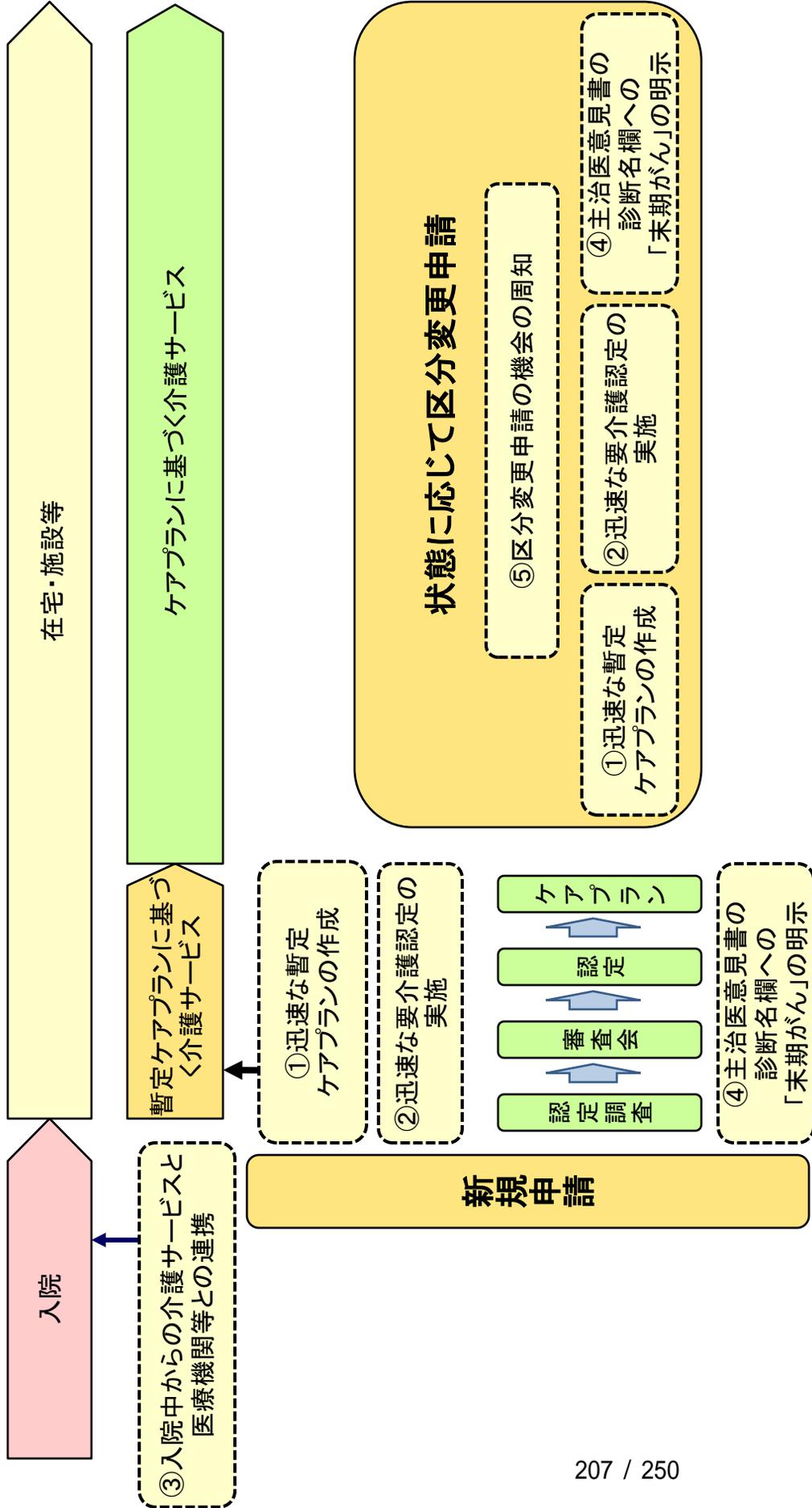
末期がん等の方は、心身の状況が急激に悪化するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。

したがって、末期がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることについて周知願います。

末期がん等の方への要介護認定等における対応について

- 末期がん等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 保険者より、末期がん等の方に対して、①迅速な暫定ケアプランの作成、②迅速な要介護認定の実施、③入院中からの介護サービスと医療機関等との連携、④主治医意見書の診断名欄への「末期がん」の明示、⑤区分変更申請の機会の周知等の機会を、い、末期がん等の方に対する適切な要介護認定の実施及び介護サービスの提供を行うことが必要。

末期がん等の方への要介護認定等（イメージ）



事 務 連 絡

平成22年10月25日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室）御中

厚生労働省老健局振 興 課

老人保健課

末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について

介護保険行政の推進につきましては、日頃からご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年4月30日に、迅速な介護サービス提供が必要となる末期がん等の方への要介護認定等における留意事項として、暫定ケアプランによる介護サービスの提供や迅速な認定調査の実施等について事務連絡を発出したところであります。

今般、要介護認定で要支援1、2及び要介護1と判定された方のうち、末期がん等の心身の状態が急速に悪化することが確実に見込まれる方に対する福祉用具貸与の取扱い及び要介護認定時の留意事項について、改めて下記のとおりお伝えいたしますので、ご了知願います。

記

1. 指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について

要支援者及び要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。

ただし、要支援者及び要介護1の者であっても、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起きあがりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、

市町村の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。

なお、判断にあたっては、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合、書面等により確認し、その要否を判断してください（別添1及び2参照）。

2. 介護認定審査会が付する意見について

介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付することができます（別添3参照）。

つきましては、末期がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる方については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していただきますよう、審査会委員への周知をお願いします。

事 務 連 絡

平成23年10月18日

各都道府県及び市区町村等介護保険主管課（室） 御中

厚生労働省老健局老人保健課

末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について

介護保険行政の推進につきましては、日頃よりご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、末期がん等の方の要介護認定等の取扱いについては、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年4月30日付事務連絡）及び「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）において、適切な要介護認定等の実施及び介護サービスの提供をお願いしているところです。

今般、平成22年度老人保健健康増進等事業において、各市町村のご協力をいただき財団法人日本公衆衛生協会が実施した「末期がん患者の認定状況調査」の結果について下記のとおりお知らせしますので、末期がん等の方に対する要介護認定等の実施に引き続きご協力をいただきますようお願いいたします。

記

1. 調査概要

調査方法：介護保険全保険者（1,587）に対するアンケート調査

調査対象：末期がんと診断された方のうち、平成22年5月～10月の6ヶ月間に要介護認定等の新規申請を行った第2号被保険者

調査項目：年齢、性別、基礎疾患、申請日、認定調査日、審査会開催日、認定日、資格喪失日 等

回答率：保険者調査 917/1,587 (57.8%)

※なお、集計については、917自治体のうち、申請者に末期がんと診断されている方がいなかった245自治体及び回答欄が一部未記入のため集計対象外とした84自治体を除いた588自治体を対象とした。

個別申請者調査 4,680人分データ

2. 保険者調査結果

保険者調査の結果、申請から二次判定までの日数が20日を超えている保険者が86.6%、30日を超えている保険者も38.1%ありました（表1）。認定調査については、申請後5日以内に実施している保険者が27.7%であり、6～10日で実施している保険者は50.2%でした（表2）。

また、調査から二次判定までの状況を見ると、20日を超えている保険者が47.8%でした（表3）。

3. 個別申請者調査結果

個別申請者の調査の結果、申請から二次判定までの平均日数は28.9日であり（図1）、19.4%の方が二次判定前に亡くなっていました（表4）。

末期がんの方の申請後の経時的な状況の変化を推計したところ、申請後15日で約1割の方が、申請後25日で約2割の方が、申請後40日で約3割の方が亡くなるという結果となりました（図2）。

4. まとめ

末期がんの方に対する要介護認定等について、認定調査の迅速化は多くの保険者において取り組んでいただいておりますが、申請後二次判定までは多くの保険者において一定の日数を要しており、迅速な二次判定に向けた取組みが引き続き重要と考えられます。

また、末期がんの方については、申請後短期間で亡くなる方が一定程度存在するため、市町村等において、末期がんの方に対する迅速な要介護認定等を行えるよう関係機関等との連携体制の構築や、暫定ケアプランの適切な活用といった取組みが重要となります。引き続き末期がんの方に対する適切な要介護認定等の実施にご協力をいただけますようお願いいたします。

〈参考〉

今回の調査について、より詳細な結果を含む報告書は下記からアクセスが可能です。

- ・「高齢者の心身状態の適正な評価方法の開発に関する調査研究事業」

http://www.jpha.or.jp/sub/pdf/menu04_5_09_04.pdf

平成22年度に発出した関連事務連絡は下記の通りです。

- ・「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成22年4月30日付事務連絡）

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_1.pdf

- ・「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」（平成22年10月25日付事務連絡）

http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/nintei/dl/terminal-cancer_2.pdf

表 1 申請から二次判定までの日数区別の保険者数

20 日以内	21～30 日	30 日超	全体
79 (13.4%)	285 (48.5%)	224 (38.1%)	588 (100.0%)

表 2 申請から調査までの日数区別の保険者数

5 日以内	6～10 日	10 日超	全体
163 (27.7%)	295 (50.2%)	130 (22.1%)	588 (100.0%)

表 3 調査から二次判定までの日数区別の保険者数

15 日以内	16～20 日	20 日超	全体
132 (22.4%)	175 (29.8%)	281 (47.8%)	588 (100.0%)

図 1 申請から認定までの日数別の度数分布

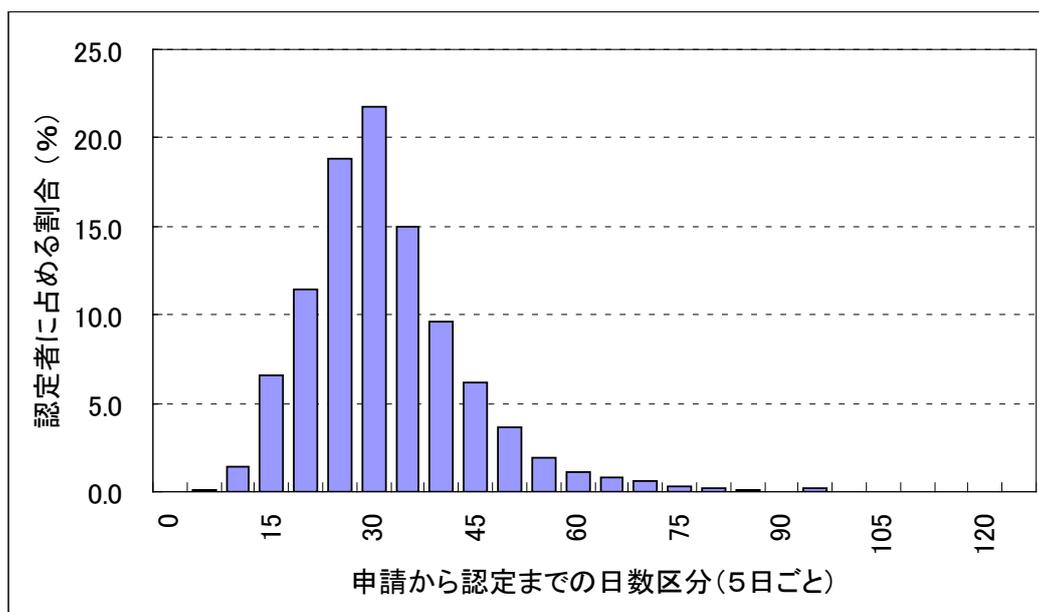
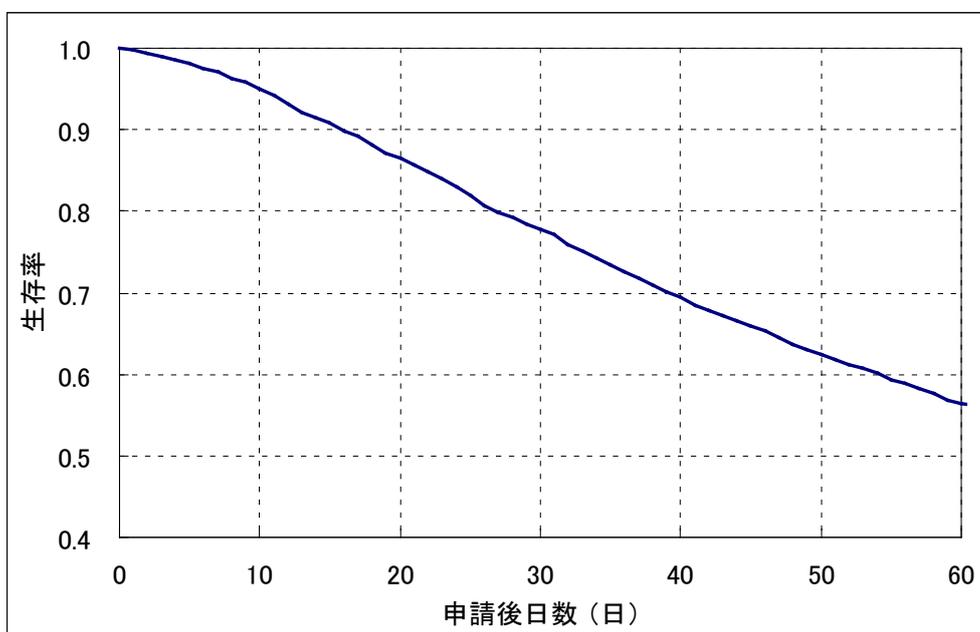


表4 申請から二次判定までの日数別の申請者数・死亡者数等

死亡者数		生存者数	転出者数	全体数
二次判定前	二次判定後			
910人 (19.4%)	2,218人 (47.4%)	1,507人 (32.2%)	45人 (1.0%)	4,680人 (100.0%)

図2 申請後の生存曲線



※申請から死亡までの日数を算出し、カプラン - マイヤー法 (Kaplan-Meier method) により生存曲線を推計した結果。なお、転出者及び生存者は途中打ち切り例として扱っている。

事 務 連 絡
平成 31 年 2 月 19 日

各都道府県介護保険主管部（局）御中

厚生労働省老健局老人保健課

がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について

介護保険行政の推進につきましては、平素より御協力を賜り厚く御礼申し上げます。
がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）等の方は、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合があることから、迅速な要介護認定の実施等について、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」（平成 22 年 4 月 30 日付事務連絡）によりお願いしているところです。

がん等における緩和ケアの更なる推進に関する検討会及びがん対策推進協議会等の議論において、65 歳未満のがん患者が要介護認定の申請をする際には、「末期がん」を特定疾病として記載する必要があり、記入しづらく利用が進まないとの指摘があり、「がん対策推進基本計画」（平成 30 年 3 月閣議決定）においても、「国は、要介護認定における「末期がん」の表記について、保険者が柔軟に対応できるような方策を検討する」と盛り込まれました。

これを踏まえ、第 2 号被保険者が要介護認定又は要支援認定（以下「要介護認定等」という。）の申請をするに当たっての特定疾病の名称の記入に係る取扱い等について、下記のとおりお示しするので、管内の市町村（指定都市及び特別区を含む。）に周知いただくようお願いします。また、上記の指摘を踏まえ、厚生労働省のホームページにおける特定疾病の説明においても、「がん【がん末期】（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。）」と記載していましたが、「【がん末期】」の記載を削除したことを申し添えます。

記

1 特定疾病の名称の記入について

特定疾病の名称の記入に当たっては、「がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）」、「末期がん」又は「がん末期」等の記載に限らず、単に「がん」と記載されたもので申請を受理して差し支えありません。

2 特定疾病の確認について

申請書に「がん」とだけ記載した方に特定疾病に該当するかを確認する場合であっても、「末期がん」等の表現ではなく、介護保険サービスを利用し得る状態であることを主治医に確認したかどうかを留めるなど、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。なお、特定疾病に該当するかについては、介護認定審査会における審査及び判定に基づき判断するものであり、必ずしも、要介護認定等の申請を受理する時点において、特定疾病に該当するかどうかを申請者に確認する必要はありません。

厚生労働省老健局老人保健課介護認定係
担当者：佐々木・山本

T E L 03-5253-1111 (内線 3945)

F A X 03-3595-4010

事務連絡
令和6年5月31日

都道府県
各 指定都市 介護保険担当主管部（局） 御中
中核市

都道府県
各 市町村 衛生主管部（局） 御中
特別区

厚生労働省老健局老人保健課
医政局地域医療計画課
健康・生活衛生局がん・疾病対策課

がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について

介護保険行政の円滑な運営につきましては、日頃から御尽力賜り厚く御礼申し上げます。
がんや臓器不全の末期等、末期の状態であって、心身の状況が急激に悪化する方を含め、介護サービスの提供に急を要する方については、要介護認定申請にもとづき速やかにサービス提供が開始されることが求められます。

一方、厚生労働省委託事業「がん患者の療養生活の最終段階における実態把握事業」における調査報告書（以下「遺族調査」という。）（令和4年3月 国立がん研究センター がん対策研究所）によると、死亡前6ヶ月間に介護保険を「一回も利用したことがない」と回答した20,807名のうち、4,849名（23.3%）が「申請したが利用できなかった」、1,565名（7.5%）が「介護保険を知らなかった」と回答しています。また、「申請したが利用できなかった」と回答した4,849名のうち、2,413名（49.8%）が「介護認定に必要な調査を受ける前に患者さまが亡くなられた」と回答しています。

このため、特にがんの方等のうち、急速に病状が変化する方については、要介護認定（新規、区分変更）手続き及び速やかな介護サービス開始について特段の配慮が求められます。

こうした考え方にもとづき、これまで事務連絡を発出してきたところ（※）、今般具体的な取扱いについて下記のとおり整理しましたので管内市町村（特別区を含む。以下同じ。）、介護事業所及び医療機関に対し周知をお願いします。

なお、各市町村における当該取組みの状況については実態把握を行った上で、公表する予定であることを申し添えます。

(※) がん等の方(末期の状態であって、心身の状況が急激に変化するもの)の要介護認定(要支援認定を含む。以下同じ。)の取扱いについては、「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」(平成22年4月30日付事務連絡)、「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」(平成22年10月25日付事務連絡)、「末期がん等の方への迅速な要介護認定等の実施について」(平成23年10月18日付事務連絡)及び「がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について」(平成31年2月19日付事務連絡)において周知

記

1. 迅速なサービス提供の開始に向けた暫定ケアプランの作成等について

(1) 暫定ケアプランの作成及び迅速なサービス提供の開始について

がん等の方は、心身の状況が急激に悪化すること等により、介護サービスの利用に急を要する場合があります。そのため、保険者の判断で、必要があると認めた場合、要介護認定の申請(新規申請・区分変更申請)を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することができるため、保険者におかれては積極的な検討及び活用をお願いいたします。また、以下の事務連絡(参考1)においてお示ししたとおり、がん等の方など、迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに、認定調査員が認定調査を実施するとともに、ケアマネジャーが暫定ケアプランを作成し、介護サービスの提供を開始する対応も行われています。こうした対応は望ましいものであり、再度保険者への周知をお願いいたします。

(参考1)「末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について」(平成22年4月30日付事務連絡)

(2) 心身の状況が変化した場合の対応について

がん等の方の心身の状況の変化に対応するため、複数回、要介護状態区分の変更が必要となる場合があります。そのため、がん等の方には、区分変更申請が提出されれば、要介護状態区分の変更等が速やかに行われることとしていますが、このことについて再度保険者及び介護支援専門員等にご周知願います。

2. 迅速な要介護認定の実施について

(1) オンラインによる認定調査の実施について

入院しているがん等の方の認定調査については、保険者の判断で、必要に応じ、以下の点に留意しながら、オンラインによる認定調査を実施して差し支えありません。

- ・ 認定調査に一定の知見を有する医師・看護師等が同席し、認定調査員の指示・指導の下、申請者の麻痺の状況を確認する等適切に関与することで、個別の認定調査項目の選択を適切に行うこと

- ・ 認定調査員が、再度の対面調査が不要であると判断すること
- ・ 介護認定審査会が把握できるよう、申請者が入院する医療機関の医師・看護師の関与を得て、オンラインのみにより認定調査を実施したこと等の特記事項に記載すること

なお、この取扱いは、事務連絡（参考2）で、新型コロナウイルス感染症に係る臨時的対応としてお示ししていたオンラインによる認定調査と同様です。

（参考2）「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な取扱いについて（その5）」（令和3年1月29日付事務連絡）

（2）主治医意見書の簡易な作成について

がん等の方に迅速な介護サービスの提供を実施する観点から、保険者の判断で、必要があると認めた場合、主治医意見書の様式に定められた項目のうち、傷病名、一次判定に必要な項目（認知症高齢者の日常生活自立度、短期記憶、日常の意思決定を行うための認知能力、自分の意思の伝達能力及び食事行為）及び特記すべき事項等に限定した記載のものを受理しても差し支えありません。

なお、主治医意見書等における申請者の傷病名の取扱いにあたっては、以下の事務連絡（参考3）でお示したとおり、申請者の心情に配慮した対応をお願いします。

（参考3）「がん患者に係る要介護認定等の申請に当たっての特定疾病の記載等について」（平成31年2月19日付事務連絡）

（3）一次判定ソフトの活用等について

暫定ケアプランの作成ないし更新の参考となるよう、保険者は、可能な限り速やかに認定調査を実施するとともに、調査結果や一次判定ソフトによる一次判定結果を、がん等の方のケアプランを作成する指定居宅介護支援事業者に共有する等の支援を適切に行うようお願いします。

3. 介護認定審査会の柔軟な運用について

前掲の事務連絡（参考1）においてお示したとおり、がん等の方など、特に迅速な対応が必要と判断される方からの申請を受けた場合、同日のうちに認定調査を実施し、直近の介護認定審査会で二次判定を行い、要介護認定を迅速に実施している自治体があり、こうした取組は望ましいものと考えられます。

がん等の方の要介護認定をさらに迅速化する観点から、以下（1）～（3）の取扱いも可能ですので、保険者におかれては、これを踏まえ、緊急で要介護認定が必要な方について、合議体の数を増やすことや、審査の順序を前後させる等、柔軟な対応を積極的に行って頂きますようお願いいたします。

(1) 合議体の構成について

以下の通知（参考4）において、委員の確保が困難な場合などは、委員の定数を3人とすることが可能であることとしています。

また、同一の委員を複数の合議体に所属させることや、委員が所属していない合議体における審査判定に加わることも必要に応じて可能とします。

これらのことを踏まえ、がん等の方に緊急で要介護認定が必要な場合に対応できるよう、適切な審査体制の構築に努めるようお願いいたします。

(参考4) 介護認定審査会の運営について（通知）（老発0930第6号厚生労働省老健局長通知）
(抄)

介護認定審査会運営要綱

2 認定審査会の構成

2) 合議体

(2) 合議体の構成

合議体の委員の定数は、5人を標準として市町村が定める数とする。なお、以下の場合などにおいて、5人より少ない定数によっても認定審査会の審査判定の質が維持されるものと市町村が判断した場合、5人より少ない人数を定めることができる。ただし、この場合であっても、3人を下回ることはできない。

(2) 介護認定審査会の開催方法について

審査会の開催形式について、合議形式ではなく、資料の持ち回りや、オンラインによる実施など、市町村の状況に応じた形式とすることも可能とします。

(3) 介護認定審査会が付する意見について

以下の通知（参考5）でお示ししているとおり、介護認定審査会は、審査判定の結果を市町村に通知する際に、サービスの有効な利用に関する留意事項について意見を付すことができます。

については、がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化することが見込まれる方については、介護認定審査会において必要に応じ市町村への意見付記を活用していただきますよう、審査会委員への周知をお願いします。

(参考5) 介護認定審査会の運営について（通知）（老発0930第6号厚生労働省老健局長通知）
(抄)

介護認定審査会運営要綱

4 認定審査会開催の手順

3) 認定審査会が付する意見

(2) 要介護状態の軽減又は悪化の防止のために必要な療養についての意見

介護認定審査会資料から読み取れる状況に基づき、要介護状態の軽減又は、悪化の防止のために特に必要な療養があると考えられる場合、及び指定居宅サービスまたは指定施設サービスの有効な利用に関して被保険者が留意すべきことがある場合には、介護認定審査会としての意見を付す。

4. 医療機関における適切な対応について

(1) がん等の方が介護サービスを利用できることについて

本事務連絡の冒頭でお示したとおり、遺族調査の結果によると、死亡前6ヶ月間に一回も介護保険を利用したことがない人のうち、7.5%が「介護保険を知らなかった」と回答しています。

このため、がんや臓器不全の末期等、末期の状態であって、心身の状況が急激に変化する方の診療を行っている医療機関におかれては、患者の心身の状況に応じ、介護サービスの活用を提案いただく等の対応をお願いいたします。なお、40歳以上65歳未満の方が介護サービスを受けるためには、特定疾病（参考6）に該当する必要がありますので、その点もご確認の上、ご対応をお願いいたします。

(参考6) 介護保険法施行令（平成十年政令第四百十二号）

(特定疾病)

第二条 (略)

- 一 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
- 二 関節リウマチ
- 三 筋萎縮性側索硬化症
- 四 後縦靭帯骨化症
- 五 骨折を伴う骨粗鬆症
- 六 初老期における認知症（法第五条の二第一項に規定する認知症をいう。以下同じ。）
- 七 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 八 脊髄小脳変性症
- 九 脊柱管狭窄症
- 十 早老症
- 十一 多系統萎縮症
- 十二 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 十三 脳血管疾患
- 十四 閉塞性動脈硬化症
- 十五 慢性閉塞性肺疾患
- 十六 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(2) 介護保険サービスとの迅速な連携について

介護保険サービスを必要とするがん等の方については、医療機関から速やかに地域包括支援センター等に相談する等、できるだけ迅速に介護保険サービスと連携し、要介護

認定申請や暫定ケアプランの作成等の必要な手続を進めて頂きますようお願いいたします。

(3) 医療介護連携の診療報酬・介護報酬上の評価について

入院しているがん等の方については、退院後に在宅等に生活の拠点を移す場合において、入院中の段階からケアマネジャー等と医療機関が連携し、退院後の介護サービスを調整すること等が診療報酬上及び介護報酬上評価されています（参考7）。入院しているがん等の方で、退院後も介護サービスを利用する見通しの方に対しては、これらの趣旨を踏まえ、切れ目のないサービスの提供を実施いただくよう、管内の医療機関に周知をお願いします。

(参考7)

①介護報酬上の評価の例

- ・ 退院時共同指導加算：600 単位（1 回につき）
- ・ 退院・退所加算：450 単位～900 単位（入院・入所期間中 1 回まで）

②診療報酬上の評価の例

- ・ 介護支援等連携指導料：400 点（入院中 2 回に限り算定）
- ・ 退院時共同指導料 2：400 点（入院中 2 回に限り算定）

5. 福祉用具貸与の取扱いについて

がん等の方への福祉用具貸与の取扱いについては、以下の事務連絡（参考8）においてその取り扱いをお示ししていますが、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費の算定について、以下の通り改めてお示しますので、周知をお願いします。

- ・ 支援者及び要介護1の者については、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」等の利用に際し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費が原則として算定できないこととなっています。
- ・ ただし、要支援者及び要介護1の者であっても、がんの急速な状態悪化等、疾病その他の原因により状態が急速に悪化し、短期間のうちに日常的に起き上がりや寝返り等が困難となることが確実に見込まれる者については、保険者の判断により指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することができます。
- ・ なお、こうした見込みについて、医師の医学的な所見（主治医意見書や医師の診断書等）に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与及び介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合には、保険者においても書面等により確認し、指定福祉用具貸与費及び指定介護予防福祉用具貸与費を算定することの要否を判断してください（別添1及び2参照）。

(参考8)「末期がん等の方への福祉用具貸与の取扱等について」(平成22年10月25日付事務連絡)

指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について（抄）

平成12年3月1日老企第36号
厚生省老人保健福祉局企画課長通知
（最終改正 令和6年3月15日）

9 福祉用具貸与費

（略）

（4）要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要介護一の者に係る指定福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。また、「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」については、要介護一の者に加え、要介護二及び要介護三の者に対しては、原則として算定できない。しかしながら利用者等告示第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者（要介護一の者をいう。ただし、自動排泄処理装置については、要介護一、要介護二及び要介護三の者をいう。以下（2）において同じ。）であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（略）

ウ また、アにかかわらず、次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当の介護支援専門員が聴取した居宅サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（略）

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに利用者等告示第三十一号のイに該当することが確実に見込まれる者

（例 がん末期の急速な状態悪化）

（略）

「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」の制定及び「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス及び居宅療養管理指導に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について（抄）

平成18年3月17日老計発第0317001号

老振発第0317001号

老老発第0317001号

厚生労働省老健局計画・振興・老人保健課長連名通知

（最終改正 令和6年3月15日）

（略）

10 介護予防福祉用具貸与費

（略）

(2) 要支援一又は要支援二の者に係る指定介護予防福祉用具貸与費

① 算定の可否の判断基準

要支援一又は要支援二の者（以下（2）において「軽度者」という。）に係る指定介護予防福祉用具貸与費については、その状態像から見て使用が想定しにくい「車いす」、「車いす付属品」、「特殊寝台」、「特殊寝台付属品」、「床ずれ防止用具」、「体位変換器」、「認知症老人徘徊感知機器」、「移動用リフト（つり具の部分を除く。）」及び「自動排泄処理装置（尿のみを自動的に吸引する機能のものを除く。）」（以下「対象外種目」という。）に対しては、原則として算定できない。

しかしながら利用者等告示第八十八号において準用する第三十一号のイで定める状態像に該当する者については、軽度者であっても、その状態像に応じて利用が想定される対象外種目について指定介護予防福祉用具貸与費の算定が可能であり、その判断については、次のとおりとする。

（略）

ウ また、アにかかわらず、次の i) から iii) までのいずれかに該当する旨が医師の医学的な所見に基づき判断され、かつ、サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより介護予防福祉用具貸与が特に必要である旨が判断されている場合にあっては、これらについて、市町村が書面等確実な方法により確認することにより、その要否を判断することができる。この場合において、当該医師の医学的な所見については、主治医意見書による確認のほか、医師の診断書又は担当職員が聴取した介護予防サービス計画に記載する医師の所見により確認する方法でも差し支えない。

（略）

ii) 疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに九十五号告示第七十九号において準用する第二十五号のイに該当することが確実に見込まれる者

（例 がん末期の急速な状態悪化）

（略）

以上

がん等の方に対する速やかな介護サービスの提供について

- がん等の方（末期の状態であって、心身の状況が急激に悪化する方）については、心身の状況に応じて、迅速に介護サービスの提供が必要となる場合がある。
- 医療機関における適切な対応、迅速な暫定ケアプランの作成、迅速な認定調査の実施、主治医意見書の簡略化、介護認定審査会の柔軟な運用等を行い、迅速なサービスの提供が重要。

がん等の方への要介護認定等（イメージ）

医療機関における対応

- 介護保険サービスが利用できること等についてがん等の方に案内
- 地域包括支援センター等に適切に相談し、介護保険サービスの利用に必要な手続を迅速に開始

申請・暫定ケアプランの作成

- 市町村は、必要に応じ、要介護認定の申請（新規申請・区分変更申請）を受けた後、認定結果が出る前の段階であっても、暫定ケアプランを作成して、介護サービスの提供を開始することが重要。

要介護認定事務

認定調査

主治医意見書

一次判定ソフト

介護認定審査会

- オンラインによる認定調査の実施（申請者が入院中の場合）

- 主治医意見書の様式に定められた項目のうち、一部のみを記載したものでも提出・受理可能

- 一次判定ソフトを用い、一次判定結果を介護支援専門員に共有し、暫定ケアプランの更新等に活用

- 合議体の構成（3名でも可能）や開催方法（オンライン又は持ち回り）に関する柔軟な対応により、緊急で要介護認定が必要となる方に対応

認定

ケアプランの作成

- がん等の方については、必要に応じ、要支援及び要介護1の者であっても福祉用具の貸与が可能

区分変更申請

- がん等の方の急激な心身の状況の変化に対応するため、必要に応じて実施することが重要。

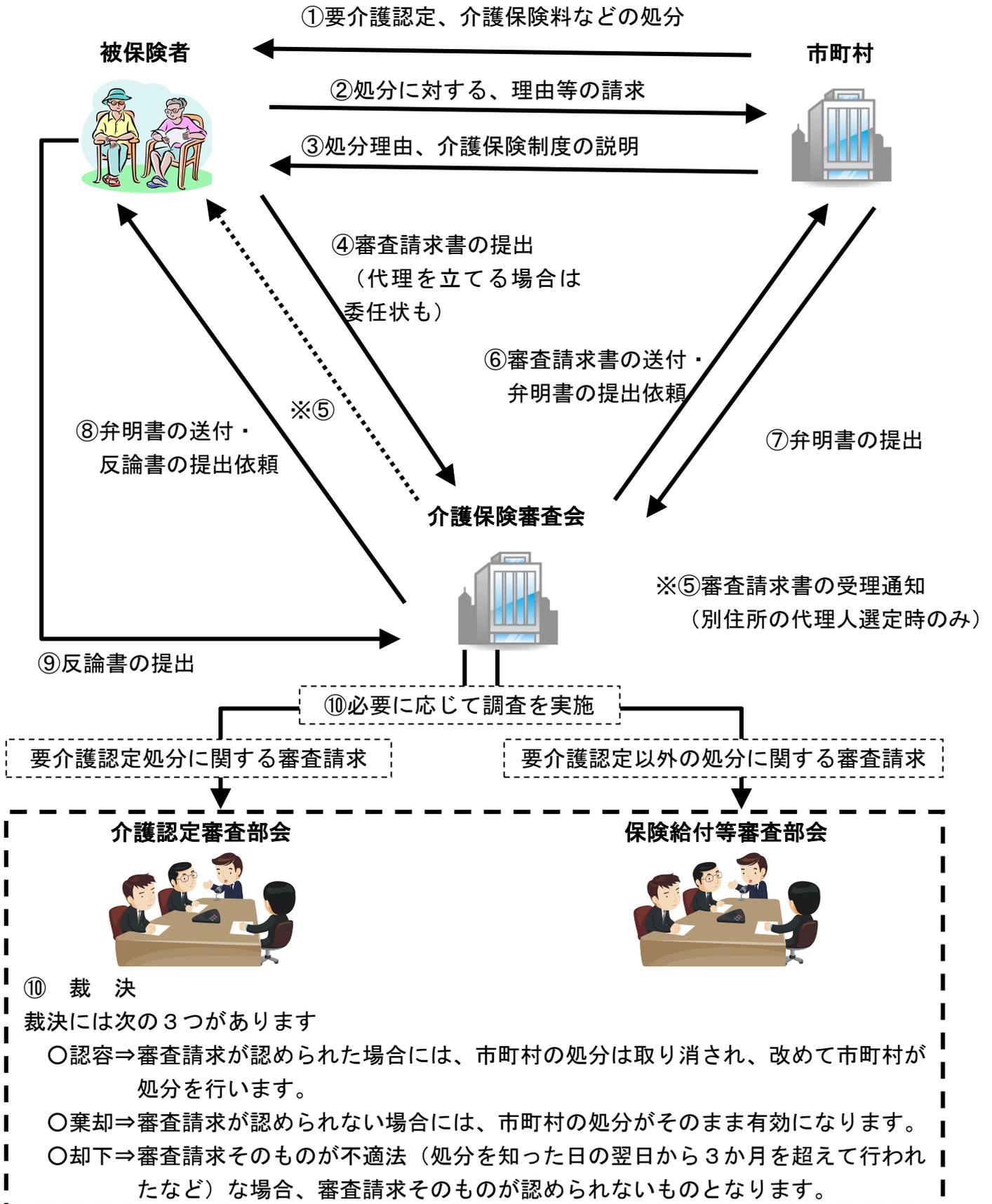
5 審査請求のしくみ

審査請求について

- 要介護認定結果など市町村が行った処分（法令に基づいて行うさまざまな決定のことをいいます。）に不服のある方は、介護保険法及び行政不服審査法の規定に基づき、介護保険審査会に審査請求することができます。
- 審査請求の対象となる市町村が行った処分には、次のものがあります。
 - ・ 要介護（要支援）認定処分
 - ・ 介護保険料賦課処分
 - ・ 保険給付の制限 など
- 介護保険審査会では、請求の内容により次の合議体（部会）が審査を行います。
 - 要介護（要支援）認定に対する審査請求は**
介護認定審査部会（医師、弁護士等の公益代表委員3名で構成）で審査します。
 - 要介護（要支援）認定以外の処分に対する審査請求は**
保険給付等審査部会（被保険者代表、市町村代表、公益代表を各3名、計9名で構成）で審査します。
- 介護保険審査会で、審査請求に理由があると認められた場合、市町村が行った処分は取り消され、改めて市町村が処分を行うこととなりますが、介護保険審査会が、市町村に代わり処分をやり直すものではないため、「要介護2の処分を要介護3とする」や「介護保険料を減額する」といった裁決は行いません。
- 審査請求を行うにあたっては、次の点にご留意ください。
 1. 審査請求をできる方は、①被保険者本人②処分により自己の権利若しくは法律上保護された利益を侵害され又は必然的に侵害されるおそれのある方です。ただし、本人の代理（家族・民生委員など）が代わって請求の手続きを行うことができます。（代理人が手続きを行う場合、本人からの委任状の提出が必要となります）
 2. 審査請求は、原則として処分があったことを知った日（通知の内容を確認した日）の翌日から3か月以内に書面または口頭で行わなければなりません。なお、口頭で行う場合は、審査請求先において担当職員に必要事項を正確に伝えてください。担当職員が聞き取って書面にした内容を確認していただく必要があります。
 3. 審査請求をされた場合、市町村から弁明等を求めるほか、審査請求人本人やご家族、入院（所）先、介護認定調査員、主治医などの関係人に対して文書照会または訪問による調査を行うことがあります。
 4. 介護保険審査会は、『司法機関』である裁判所と異なり、市町村が行った処分の適否を審査することで、被保険者の権利利益の救済を図る『行政機関』であるため、処分や介護保険制度の合憲・違憲等の憲法判断はできません。

審査請求の流れ

審査請求は、下の図のような流れで行われます。



審査請求書について

審査請求書には、行政不服審査法第19条第2項及び介護保険法施行令第47条に規定されている項目すべてを記載してください。

【審査請求書の必須記載事項】

- 1 審査請求人の氏名又は名称及び住所又は居所
- 2 審査請求に係る処分の内容
- 3 審査請求に係る処分があったことを知った年月日
- 4 審査請求の趣旨及び理由
- 5 処分庁の教示の有無及びその内容
- 6 審査請求の年月日
- 7 原処分の名宛人たる被保険者の氏名、住所又は居所、生年月日及び被保険者証の番号
- 8 審査請求人が原処分の名宛人たる被保険者以外の者であるときは、審査請求人の被保険者との関係

審査請求書には、次の書類の添付をお願いしています。

【添付書類】

- 1 審査請求に係る処分の処分通知書（※）の写し
⇒審査請求に係る処分の特定と処分庁の教示の有無について確認します。
（※）処分通知書とは、要介護認定等決定通知書や介護保険料額決定通知書など不服がある処分にかかる市町村からの通知書を指します。
- 2 委任状
⇒審査請求の手続きを代理人に委任する場合に提出が必要になります。
- 3 その他関係書類
⇒審査請求人が成年被後見人の場合、登記事項証明書の写しを提出してください。
その他審査請求の理由の証拠となる書類（認定調査結果の写しや所得を証明する書類）などの関係書類があれば添付してください。

審査請求書は、正副2通を提出してください。提出先は、「〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川県介護保険審査会事務局」です。ご持参される場合は、神奈川県庁東庁舎2階 神奈川県介護保険審査会事務局（高齢福祉課企画グループ内）までお越しください。

なお、審査請求書は「信書（※）」になります。郵送される際はメール便などの信書を扱うことのできない方法での送達は行わないようお願いいたします。

（※）信書とは、郵便法により「特定の受取人に対し、差出人の意思を表示し、又は事実を通知する文書」と規定されています。審査請求書の場合、神奈川県介護保険審査会会長（＝特定の受取人）に対し、処分不服の申し立て（＝審査請求人の意思）を表示する文書ですので信書に該当します。

お問合せの多い内容

Q 審査請求書の様式はどこで入手できますか？

A 審査請求書は、行政不服審査法に規定されている記載事項を記載していただければ、特段様式の指定はありませんが、市区町村の介護保険担当窓口や介護保険審査会事務局（県高齢福祉課企画グループ）で参考様式を配布します。

Q 処分があったことを知った日の翌日から3か月を超えてしまったのですが、いかなる理由であっても審査請求を行うことはできないのか。

A 原則できません。しかし、止むを得ない正当な理由により審査請求ができなかった場合は審査請求できる場合があります。

Q 審査請求書は市町村の介護保険窓口へ提出してもよいのか。

A 構いませんが、提出はお住まいの市町村の介護保険窓口へ提出してください。

（要介護認定関係）

Q 前回の要介護度と違うから元の要介護度にしてほしい。

A できません。審査請求は、処分庁が行った処分に不服がある場合、その処分が法令に従った処分が行われたか否かを審議するものですので、仮に市町村が行った処分が適切でなかった場合、その処分は取り消されることとなります。

（介護保険料関係）

Q 年金が減らされ生活が苦しいので介護保険料の減額をしてほしい。

A できません。上記の要介護度に関する考え方と同様になります。なお、介護保険料の減免制度については、市町村ごと取扱いが異なりますので、お住まいの市町村の介護保険担当窓口にご相談ください。

Q 介護保険料額決定に関する審査請求を行った場合、年金からの介護保険料の特別徴収は中止されるのか？

A 中止されません。審査請求では、行政不服審査法の規定により、原則として処分の効力、処分の執行又は手続きの続行を妨げません。

審査請求書

令和 年 月 日

神奈川県介護保険審査会会長 殿

審査請求人 _____

介護保険法第 183 条の規定に基づき次のとおり審査請求します。

①原処分の名あて人 たる被保険者	
住所	
生年月日・年齢	
電話・FAX 番号	
被保険者番号	
②審査請求人の氏名	※県で作成した書式見本です。必要事項が記載 されていれば、この書式に依らず受理します。
住所	
電話・FAX 番号	
被保険者との関係	
③代理人の氏名	
住所	
電話・FAX 番号	
④審査請求に係る処分 (いずれかにレを記入)	処分庁 _____ 長が令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日付けで行った { <input type="checkbox"/> 要介護(要支援)認定 <input type="checkbox"/> 上記以外 () } の処分
⑤上記処分があったことを知った日	令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日
⑥審査請求の趣旨	上記④に記載した処分を取り消すとの裁決を求める。
⑦審査請求の理由	
⑧処分庁の教示の有無 及び教示の内容	有 ・ 無 (いずれかに○を記入) (以下有の場合) 「この通知について不服があるときは、この通知書を受け取った日 の翌日から起算して3か月以内に神奈川県介護保険審査会に対し審 査請求することができます」との教示が _____ 通知書にあった。
⑨添付書類	・ 審査請求の対象となる処分通知書の写し ・ その他関係する書類 ()

【記入方法】

・審査請求人⇒不服を申し立てる方の氏名を記入してください。

① 原処分の名あて人たる被保険者

処分（決定）を受けた被保険者ご本人の氏名、住所、生年月日・年齢、電話・FAX 番号及び介護保険被保険者番号を記入してください。

② 審査請求人

不服を申し立てる方（処分により自己の権利若しくは法律上保護された利益を侵害された又は必然的に侵害されるおそれのある者）の氏名、電話・FAX 番号及び①の被保険者との関係を記入してください。

なお、①の方本人の場合は記載不要です。

③ 代理人の氏名

審査請求の手続きを行う方が②の方本人でない場合記入してください。

④ 審査請求に係る処分

審査請求の対象となる処分（決定）について、『〇〇市長が』『令和〇〇年〇〇月〇〇日（通知書の発行日等）付け』で行った、どういった処分なのかを記入してください。行った処分についてはいずれかにレ点を記入し、要介護（要支援）認定以外の場合、具体的な処分名（通知書のタイトル）を記入してください

⑤ 上記処分があったことを知った日

通知書によりその処分があったことを知った日（通知が届いた日）を指します。

⑥ （記載不要）

⑦ 審査請求の理由

審査請求の理由は、行われた処分がなぜ「不適法・不適切」であるのかの理由を具体的に記載してください。なお、記入欄に記載しきれない場合は別紙により理由を記載することも可能です。

⑧ 処分庁の教示の有無及び教示の内容

行われた処分について、その通知書に神奈川県介護保険審査会に対して審査請求できる旨の記載の有無を確認してください。なお、記載があった場合には、送付された通知書のタイトルを併せて記載してください。

⑨ 添付資料

添付資料は、『審査請求の対象となる処分通知書の写し』のほか、以下の資料が考えられます。なお、以下に記載がない資料であっても、関係があると思われる書類を添付書類として提出していただいてもかまいません。

（要介護（要支援）認定処分関係）

・認定調査結果の写し ・主治医意見書の写し 等

（保険料及び保険給付関係）

・個人住民税課税（非課税）証明書又は所得証明書

・源泉徴収票の写し ・確定申告書の写し 等

※ 審査請求書は、正副2通を提出してください。

委任状

令和 年 月 日

神奈川県介護保険審査会会長 殿

審査請求人 住所 _____

氏名 _____

令和 年 月 日付けをもって提起した審査請求について、下記のとおり委任します。

記

1 委任を受ける者 住所 _____

氏名 _____

2 委任する内容 上記審査請求の手続き（取下げを含む）に係る一切の権利

以上

6 介護認定審査会委員(補助)テキスト

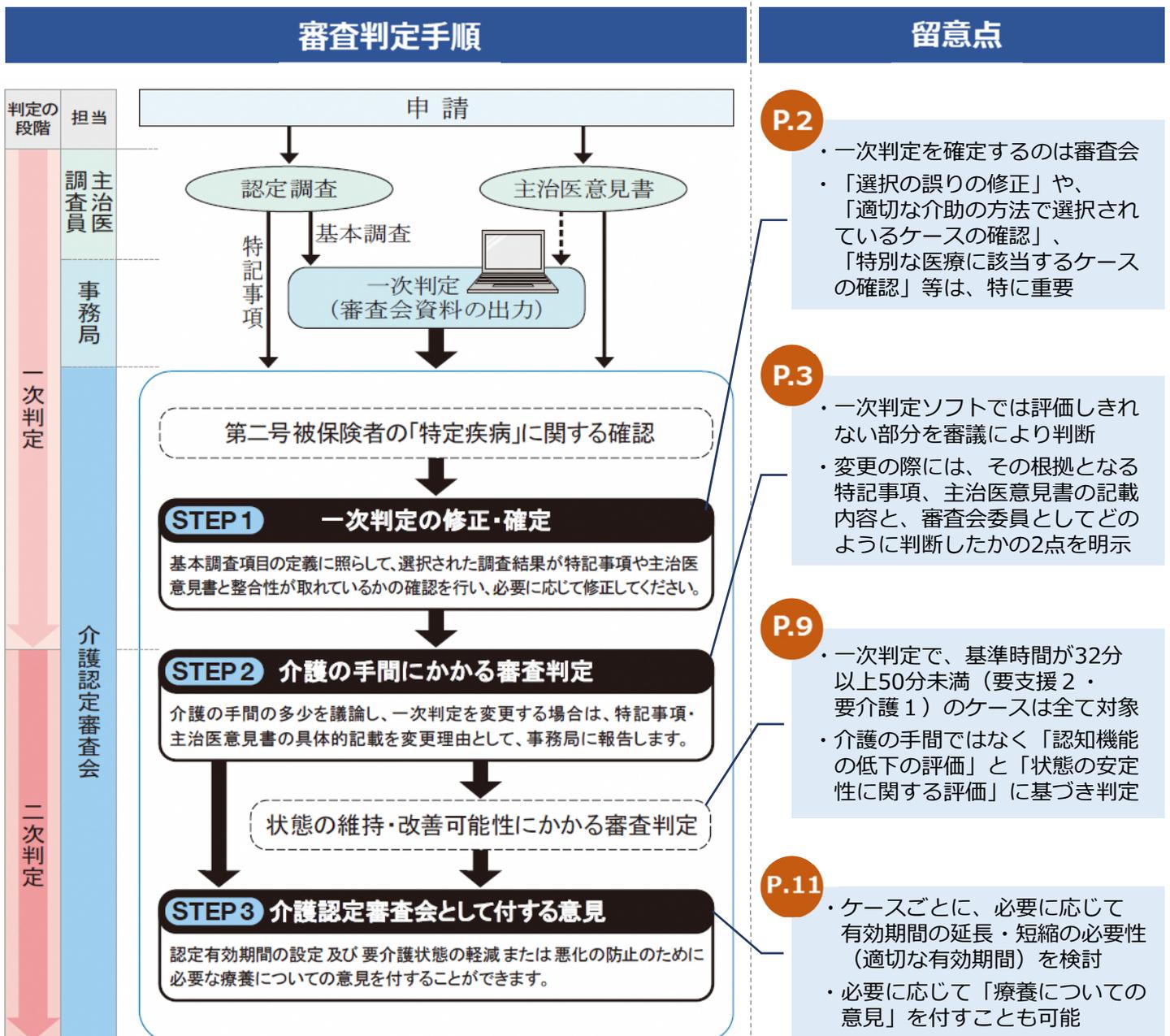
要介護認定

介護認定審査会委員（補助）テキスト

令和7年7月（改訂）
健康福祉局介護保険課

本テキストは、「介護認定審査会委員テキスト 2009改訂版」の内容等をもとに、介護認定審査会における審査判定等のポイントについて、整理した資料です。実際の審査判定にあたっては、本テキストのみでなく「介護認定審査会委員テキスト 2009改訂版」の内容をご確認ください。

1. 審査判定手順の留意点



2. 一次判定の修正と確定

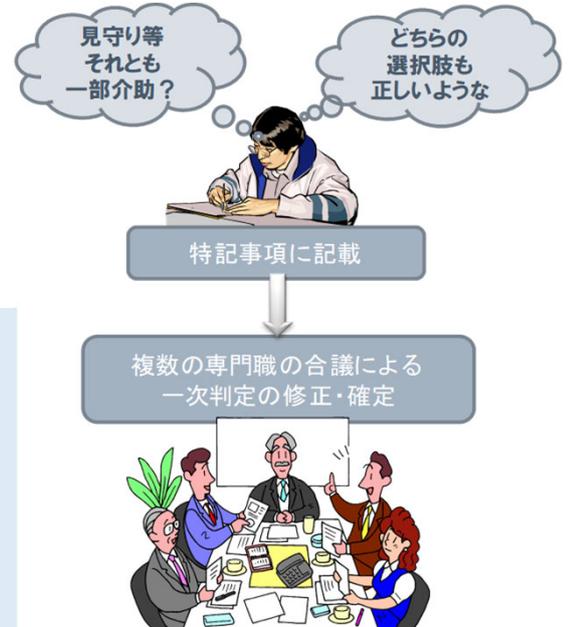
STEP1

ポイント 1

一次判定を確定するのは、 「認定調査員」ではなく「介護認定審査会」

- 「一次判定の修正と確定」のステップでは、基本調査の選択の妥当性を確認します。
- 修正が必要な場合は、各調査項目の定義と特記事項や主治医意見書の記載内容から、修正すべき理由を明らかにして、事務局に修正依頼をしてください。
- 介護認定審査会での議論が必要なポイントとしては、例えば以下のような点が挙げられます。

【調査員が迷った項目などを審査会が確認】



議論のポイント(例)

- ☑ 調査上の単純ミス（特記事項と選択項目の矛盾）
- ☑ より頻回な状況で選択しているケース【介助の方法】
- ☑ 調査員が適切な介助で選択しているケース【介助の方法】
- ☑ 調査員が判断に迷ったケース
- ☑ 特別な医療に該当するケース
- ☑ 障害／認知症高齢者の日常生活自立度の確認

※ 事務局は、介護認定審査会の判断が必要と考える基本調査の項目について、介護認定審査会に検討を要請することができます

ポイント 2

横浜市において、全国と比較して選択割合が高い項目としては、 「1-1_麻痺（下肢）」、「1-5_座位保持（支えが必要）」、 「2-1_移乗（見守り）」、「2-2_移動（見守り）」などがあります

- 横浜市では、全国と比較して以下の項目の選択割合が高い傾向がみられます。認定調査員には、基本調査の際に、以下の点に注意するよう研修等を行っていますので、介護認定審査会においてもご確認をお願いします。

1-1_麻痺 (下肢)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 確認動作に基づいて選択することが原則ですが、例えば、試行をせずに「筋力低下」があるということのみで「ある」を選択されることがあります。 ・ なお、軽度の可動域制限がある場合は、関節の動く範囲で挙上できれば麻痺は「なし」となります。
1-5_座位保持 (支えが必要)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 「能力」を確認する項目ですが、能力ではなく日頃の生活の様子から「日頃から、背もたれのある椅子に10分以上もたれて座っている」ことをもって「支えが必要」が選択されることがあります。 ・ しかし、日頃、背もたれのある椅子に座っているだけでは、背もたれがないと座位が保持できないということの根拠としては不十分です。
2-1_移乗 (見守り等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移乗の「見守り等」は、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等が該当します。 ・ 「適切な介助」で選択する場合に、「ふらつきがある」だけでは、「常時の付き添い」が必要な根拠としては不十分です。
2-2_移動 (見守り等)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 移動の「見守り等」は、常時の付き添いの必要がある「見守り」や、認知症高齢者等の場合に必要な行為の「確認」「指示」「声かけ」等が該当します。 ・ 「離れた場所から、気を付けてみている」だけでは、「常時の付き添い」が必要な根拠としては不十分です。

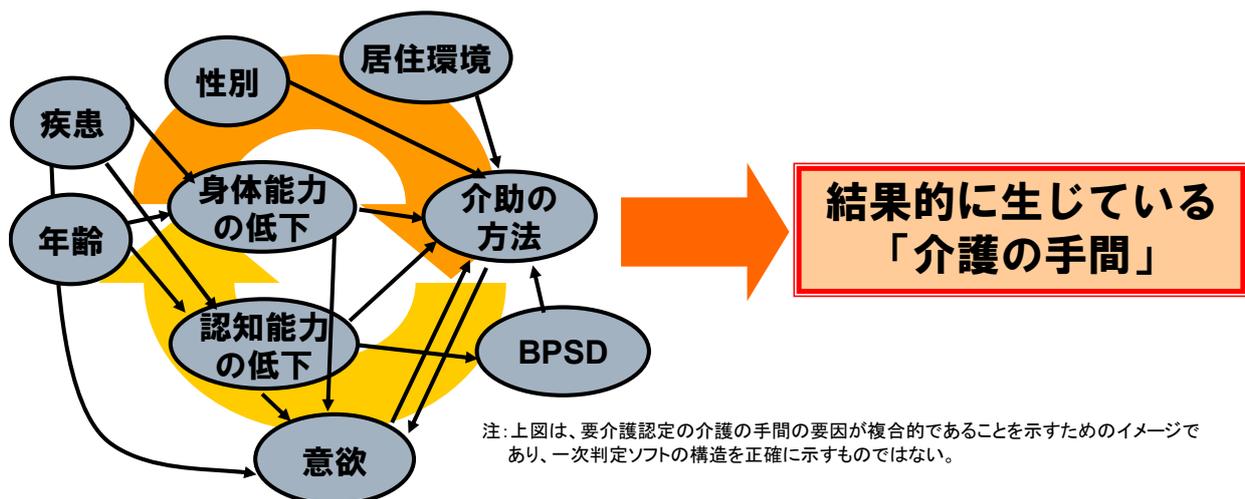
3. 介護の手間にかかる審査判定

STEP2

ポイント 1

要介護認定のものさしである「介護の手間」は、本人の状態のみでなく、「周囲の人が何をしているか（すべきか）」に着目するものです

- 要介護認定は「心身の機能低下」や「能力」ではなく、「介護の手間」をものさしとした評価指標です。
- 「介護の手間」は、対象者と対象者を取り巻く様々な因子（身体能力や認知能力、意欲、住環境など）の組み合わせから、結果的に生じるものです。そして、この「介護の手間」を把握するためには、対象者の状態だけでなく、「周囲の人が何をしているか（すべきか）」を把握することが必要になります。
- したがって、認定調査員には、特記事項に、対象者の状態や周囲を取り巻く環境に加え、その結果、対象者が適切な生活を送るために「周囲の人が何をしているか（すべきか）」を記載することを求めています。介護認定審査会においても、このような観点から、特記事項をご覧ください。



ポイント 2

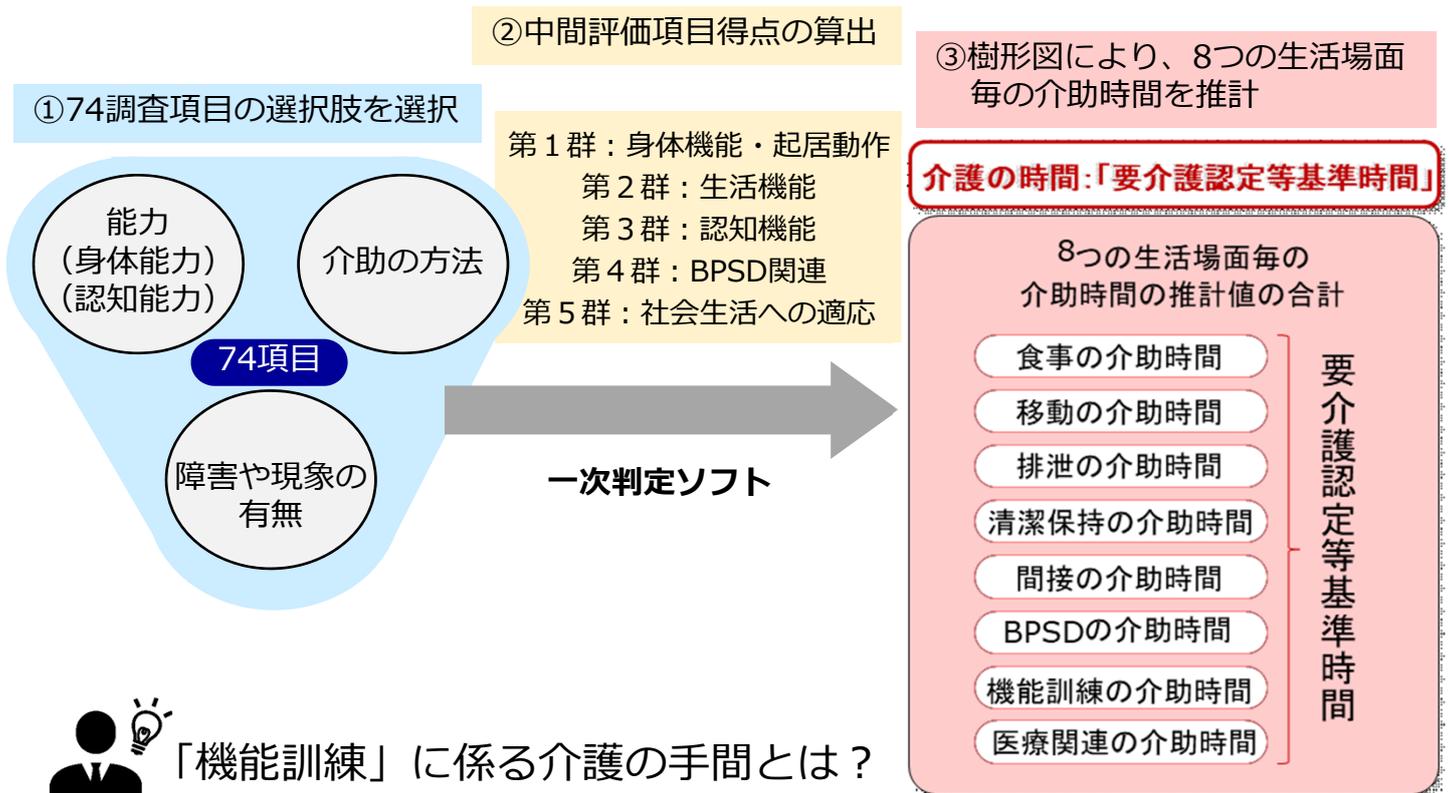
一次判定を変更する際には、その根拠となる「特記事項」「主治医意見書」の具体的な記載内容と、審査会委員としてどのように判断したかの2点を具体的に特定することが必要です

- 介護認定審査会の二次判定（介護の手間にかかる審査判定）において、一次判定結果を変更（重軽度変更）する場合は、特記事項・主治医意見書に記載されている「対象者特有の介護の手間」を根拠とすることが必要です。
- 一次判定を変更する際には、その根拠となる「特記事項」「主治医意見書」の具体的な記載内容と、審査会委員としてどのように判断したかの2点を具体的に特定し、事務局に伝えることが求められます。



「介護の時間をどのように測るのか」？

- ・申請者一人ひとりの介護の時間を測定することは難しく、直接的に介護の時間を求めようとするのではなく、まずは申請者の「心身の状態」や「介助の方法」といったことを観察や聞き取りによる調査で把握します。
- ・それらの状況と「介護の時間」との関係を統計的に明らかにすることで、間接的に「介護の時間」を推計するものが一次判定ソフトになります。
- ・一次判定ソフトに入力する情報は、基本調査項目74項目が中心となります。
- ・その情報をもとに、まずは中間評価項目得点と呼ばれる、5つの群の得点がソフトの中で算出されます。
- ・これらデータをもとにソフトでの推計を行うことで、下図に示す8つの生活場面毎の介護時間の推計値を合計したものが基準時間となり、一次判定結果となります。



「機能訓練」に係る介護の手間とは？

- ・「機能訓練」に係る介護の手間とは、「介護予防」の手間と読み替えることもできます。
- ・「このままでは廃用症候群となる恐れがあり、機能訓練(介護予防)が必要」と判断されれば、その機能訓練(介護予防)は、その方にとって必要な「介護の手間」といえます。
- ・要介護認定は、「現在の状態に基づいて判定を行う制度」ですが、このようなケースで機能訓練が必要なのは現在であり、現在に必要な介護の手間と考えることができます。
- ・したがって、特に「直接介助の発生していない軽度のケース」では、選択肢が「1. 介助されていない」「1. できる」等であっても特記事項に記載されている根拠から介護の手間について評価することも大切です。

□「2-2 移動」の特記事項(例)

室内でもつまずいて転倒することが月に2～3回あり、不安定であるが見守りなしに自力で移動を行っているため、「介助されていない」を選択。段差等のある場所での歩行は見守りの必要性がある。

「介護の手間」を把握する「特記事項」の注目点



介護の手間は、多くの場合、要介護度に応じてその内容が変化します

- ・ 例えば、軽度のケースでは、第1群や第3群に記載する特記事項の内容により能力程度の低下や「機能訓練」の必要性を、第5群に記載する特記事項の内容により「間接介助」の必要性を把握することが大切です。
- ・ 一方で、直接介助が行われる中度・重度のケースでは、主に2群の「移動」・「排泄」・「食事」の介助や「医療関連」には、具体的な介護の内容・手間などが必要になることもあります。
- ・ 特記事項から把握すべき介護の手間は、ケースによって異なります。まずは、具体的な状況や介護の内容を把握し、その方が適切な生活を送るために必要な介護の手間が、どの程度であるかを特記事項から読み解き、「要介護認定等基準時間」と合わせて、一次判定結果の変更(重軽度変更)の必要性について、総合的に判断をします。

軽度

(非該当～要介護1)

- 直接介助・BPSD対応は発生していないケースも多い
- 1・3群の能力低下の程度と、5群への影響などがポイント
- 主に5群の「間接介助」に係る介護の手間が重要

中度

(要介護2～3)

- 心身機能の低下に伴い、2群・4群の介護の手間が増大
- 本人の状態のみでなく周囲の人が何をしているかがポイント
- 特に「排泄」「BPSD」等に係る介護の手間は個別性が高い

重度

(要介護4～5)

- 重度のケースに特有の介護の手間などがポイント
- 介護の手間の合計は大きいですが、寝たきりのケースも増えるため、個別の介護の手間をみると必ずしも増大しているとはいえない

特徴

特記事項の注目点

- 能力低下の程度を把握するため、1・3群の試行の様子などにも注目
- 2群・4群について、「本人にできること」と「介助が必要なこと」に注目
- 5群は、能力低下による影響の有無に注目
- 外出の目的・手段・同行者の必要性の有無などを記載し、対象者の活動性などに注目

- 2群・4群について、「本人ができなくなったこと」「介助が必要なこと」に注目
- 介護の手間を把握するため、周囲の人が何をしているか(すべきか)に注目
- 「排泄」「BPSD」については具体的な頻度にも注目

- 「食事摂取」が一部介助、もしくは全介助の場合は、その時間に注目し、介護の手間を把握
- 重度のケース特有の介護の手間として、「体位交換」「経管栄養」「喀痰吸引」などの介護の手間・頻度・回数に注目

軽度
(非該当～介1)

【審査会での議論のポイント（例）】

- ① 1群（身体機能）・3群（認知機能）の能力低下はどの程度か？
- ② 1・3群の能力低下が、5群（社会生活）に影響を及ぼしていないか？
- ③ 介護予防・社会参加などの面から、フレイル（虚弱状態から要支援状態）となるリスクは？



**ポイント
1**

1群（身体機能）・3群（認知機能）の試行の様子などについて、具体的に確認しましょう

□ 1群（身体機能）・3群（認知機能）を中心とした能力低下がどの程度であるかは、介護の手間の必要性を判断するうえで重要な情報です。したがって、1群と3群の特記事項について、試行が「容易にできていたのか」、「少し困難を感じていたのか」など、その様子などを具体的に確認することが重要です。

**ポイント
2**

5群（社会生活）は、「習慣としてやっていない（昔からできない）」のか、「できなくなった」のかに注目しましょう

□ 1群（身体機能）・3群（認知機能）の能力低下が、5群（社会生活）に影響を及ぼしているかどうかは「間接介助」の介護の手間の必要性を判断するうえで重要な情報です。
□ したがって、特記事項を確認する際には、「習慣としてやっていない」のか、能力低下の結果「できなくなった」のかを確認することが重要です。

**ポイント
3**

「2-12_外出頻度」の特記事項では、頻度のみでなく「外出の目的」「外出の手段」「同行者の必要性の有無」などにも注目しましょう

□ 介護の手間の必要性を判断するためには、対象者の活動性を把握することも有用です。例えば、同じ外出頻度であったとしても、「一人で公共交通機関を利用して外出できている」ケースと、「自家用車で家族等の付き添いがないと外出が困難」なケースでは、大きく異なります。
□ 「2-12_外出頻度」については、外出の目的・移動手段・同行者の必要性の有無などを確認することで、「機能訓練」の必要性などを判断する際の情報として活用することができます。



「2-12 外出頻度」の特記事項（例）

2日に1回は30分程度家の周りを散歩している。転倒の危険があるため、家族は毎回付き添い、腕を組んで散歩するため、家族の負担になっている。

中度 (介2～介3)

【審査会での議論のポイント（例）】

- ① 2群（移動・排泄等）について、周囲の人が行っている（もしくは行われていないが必要な）介護の手間はどの程度か？
- ② 4群について、周囲の人の介護の手間はどの程度か？



ポイント 1

排尿・排便は、「①排泄方法・介助の内容×②頻度×③昼夜の違い×④失敗の有無・頻度」を確認することで、介助の手間を把握しましょう

- 中度の議論のポイントは、軽度のケースと比較すると「直接介助」が中心です。したがって、本人の状態のみでなく「周囲の人が行っている介護の手間」に注目することが重要です。
- そのためには、（例えば）特に介護の手間の個別性が高い排泄については、「①排泄方法・介助の内容×②頻度×③昼夜の違い×④失敗の有無・頻度」に注目し、その介護の手間の「量」を把握することが重要です。



「2-5 排尿」の特記事項（例）

日中はトイレで5回、夜間はポータブルトイレで2回排泄。トイレの中での動作が緩慢なこともあり、週に1～2回程度失敗し、トイレが汚れることがあり、息子の妻が掃除をしている。ポータブルトイレの掃除は、息子の妻が毎朝行っている。より頻回な状況から「介助されていない」を選択。

ポイント 2

4群は「①具体的な周辺症状の内容×②周囲の人の対応内容×③頻度×④対応にかかる時間」を記載し、介護の手間を分かりやすく審査会に伝えましょう

- 4群は「有無」の項目であるため、周辺症状の有無で選択がなされますが、周辺症状があることと、介護の手間があることは必ずしも一致しません。
- 介護の手間にかかる審査判定には、周辺症状の結果、介護の手間がどの程度かかっているか（もしくはどの程度必要か）に注目することが重要です。
- なお、一次判定で「認知症加算」がついているケースについては、「一次判定で考慮されている認知症加算は、適切であるか」という観点から、その適切性をあらためて確認することが必要です。



「4-1 被害的」の特記事項（例）

週に2回程度、お金・通帳がない、盗まれたと言って、探し回ることがあるが、しばらくすると自然と落ち着くため、家族は聞き流しており、特に対応はしていない。「ある」を選択。

重度

(介4～介5)

【審査会での議論のポイント（例）】

- ① 「経管栄養」「体位交換」「喀痰吸引」「医療関連」などの、重度のケース特有の介護の手間はどの程度か？
- ② 「2-4_食事摂取」の介護の手間はどの程度か？
- ③ 「全介助」との記載だけでは、「介護の手間」が分からない



ポイント 1

重度のケース特有の「経管栄養」「体位交換」「喀痰吸引」の介護の手間などに注目しましょう

- 重度（介4～介5）のケースの特記事項の注目点については、まずは中度のケースと同様のポイントを抑えることが重要ですが、それに加えて「重度のケース特有の介護の手間」をきちんと把握することが必要です。
- 「重度のケース特有の介護の手間」とは、例えば「経管栄養」「体位交換」「喀痰吸引」の手間です。これらの手間は、介助が発生していない場合もその旨を記載することを心掛けることで、記載することを忘れたのか、実際に介護の手間が発生していないのかを判断することができるようになります。

ポイント 2

食事摂取は、「①介助の内容×②介助の時間」に注目することで、介護の手間を適切に把握することができます。

- 「2-4_食事摂取」は、同じ「一部介助」であっても、介護の手間が大きく異なるケースがある調査項目の1つです。例えば、「最初の一口だけご自身が召し上がって、残りをすべて介助している場合」「大半はご自身で召し上がって、最後に少しだけ介助をしている場合」も同じ一部介助となります。
- 「2-4_食事摂取」については、一部介助、全介助が選択されている場合は、「①介助の方法×②介助の時間」に注目することで、介護の手間を適切に把握することができます。



「2-4 食事摂取」の特記事項（例）

食事は一日に3回。最初の数口は自分で食べるが、直ぐに手が止まってしまうため、その後は職員が1口ずつ口まで運んで声かけをしながら食べさせている(一部介助を選択)。1回の食事介助で40分～50分程度かかっている。

ポイント 3

「全介助」との記載だけでは、要介護度を変更する根拠にはなりません

- 重度のケースの特記事項で良くみられるのが、例えば「2-5_排尿」であれば「オムツ交換、全介助」のような記載です。しかし、これでは、実際にどの程度の介護の手間が発生しているかを知ることができません。
- 「全介助」であることは、既に一次判定ソフトで考慮されている事項になりますので、「全介助」であることをもって、一次判定結果を変更することはできません。

ポイント
1

一次判定で、基準時間が32分以上50分未満（要支援2・要介護1）のケースは、すべて「振り分け」の対象になります

- 一次判定結果として表示される、「認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性」と「状態の安定性」は、いずれも過去の認定調査・審査会判定のデータから算出された参考情報です（本人の状態と整合しているとは限らない）。
- したがって、「状態の維持・改善可能性にかかる審査判定」は、一次判定結果が要支援2であるか要介護1であるかに関係なく、基準時間が32分以上50分未満のケースについては、すべて検討の対象とし、特記事項や主治医意見書の記載内容から、一次判定で表示された結果が妥当ではないと考えた場合は変更が必要です。
- なお、振り分けの結果、要介護1と審査判定された場合は、その根拠となる「特記事項」「主治医意見書」の具体的な記載内容と、審査会委員としてどのように判断したかの2点を具体的に特定し、事務局に伝えることが求められます。

認知症高齢者の日常生活自立度

認定調査結果	: I
主治医意見書	: II a
認知症自立度Ⅱ以上の蓋然性	: 81.9%
状態の安定性	: 安定
給付区分	: 介護給付

あくまで
参考情報ポイント
2

32分以上50分未満の方は、基本的に要支援2です。「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性に関する評価」のいずれかに該当する方が、要介護1になります

- 要支援2か要介護1かの「振り分け」は、「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性に関する評価」の2段階で行います。
- 理解の仕方としては、『32分以上50分未満の方は基本的に要支援2であり、「認知機能の低下の評価」と「状態の安定性に関する評価」のいずれかに該当する方が、要介護1になる』と考えてください。
- また、要支援2と要介護1は、要介護認定等基準時間はどちらも「32分以上50分未満」であり、介護の手間は同じです。したがって、「一次判定結果は要支援2であったが、介護の手間がよりかかっているため、要介護1」という審査判定は誤りです。
- 仮に、一次判定結果が要支援2の方の介護の手間が、特記事項等から要支援2よりも大きいと判断された場合は、「要介護認定等基準時間」が50分以上であることを意味することから、「介護の手間にかかる審査判定」において、要介護1でなく、要介護2に変更することが妥当です。

ポイント
3

「認知機能の低下の評価」は、「予防給付等の利用の理解が困難か」という観点で行います。認知症自立度Ⅱ以上は、1つの目安です。

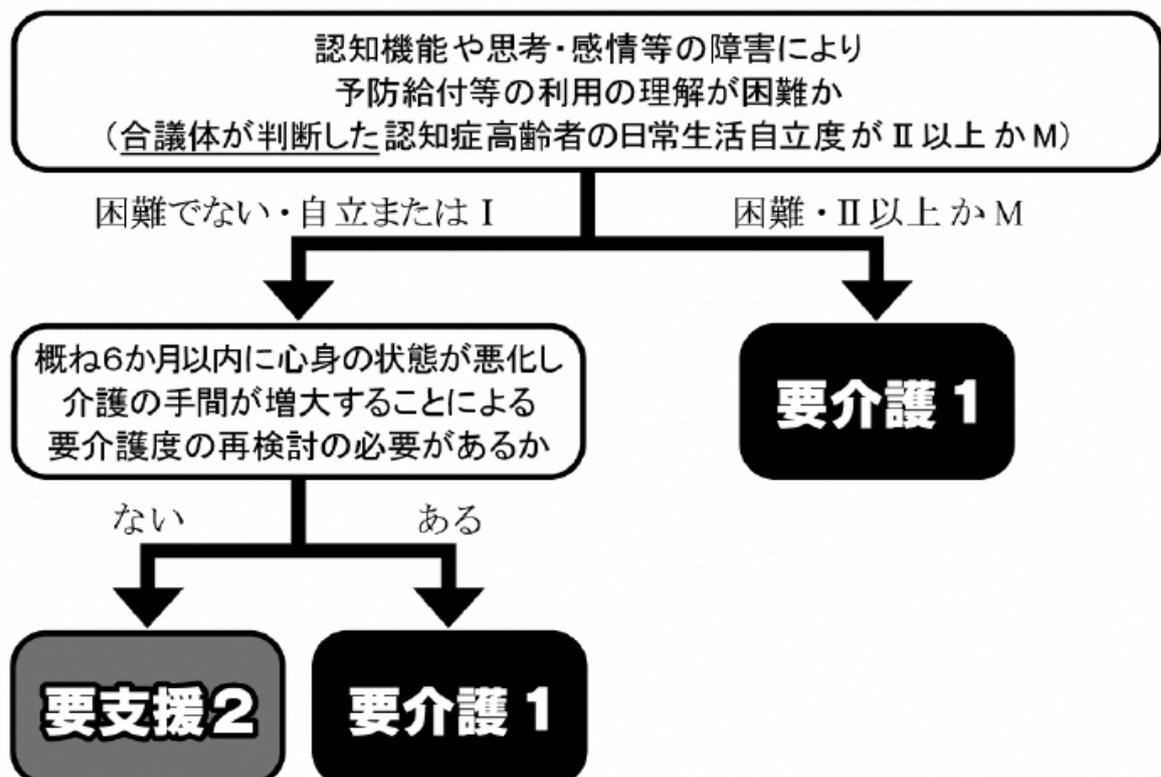
- 「認知機能の低下の評価」は、認知症高齢者の日常生活自立度Ⅱ以上が1つの目安として示されていますが、本質的には、「予防給付等の利用の理解が困難か」という観点から評価するものです。
- したがって、「アルコール依存症」や「統合失調症」などのケースであっても、「予防給付等の利用の理解が困難」であれば、該当します。

ポイント
4

概ね6か月以内に「・・・要介護度の再検討の必要がある」とは、「・・・介護の手間が要介護2以上になる可能性がある」と同意です。

- 「状態の安定性に関する評価」は、「概ね6か月以内に心身の状態が悪化し、介護の手間が増大することによる要介護度の再検討の必要があるか」という観点で行います。
- なお、これは、「・・・介護の手間が要介護2以上になる可能性があるか」ということと同意です。
- したがって、あくまで介護の手間の増大についての可能性を評価するものであり、「歩行が不安定」「精神的に不安定」「95歳と高齢だから不安定」など、介護の手間以外に着目した評価は誤りである点には注意が必要です。

【要支援2・要介護1の振り分け方】



ポイント

「認定有効期間の設定」及び「要介護状態の軽減または悪化の防止のために必要な療養についての意見を付する」ことができます

□ 介護認定委員会として付する意見は、必要に応じて個別のケースごとに検討することが必要です。

【認定有効期間の設定のポイント（例）】

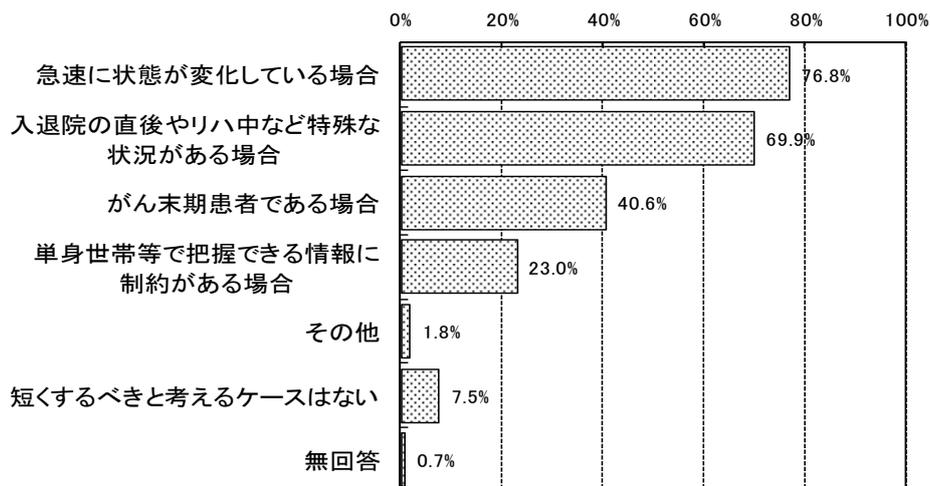
- ・急速に状態が変化してはいないか
- ・入退院の直後やリハビリテーション中など、特殊な状況ではないか
- ・長期間にわたり状態が安定していると考えられないか など

【必要な療養についての意見（例）】

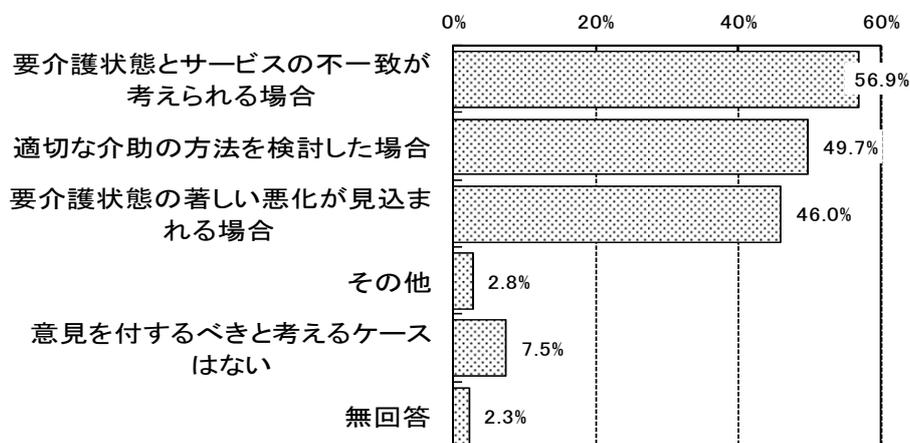
- ・要介護状態の軽減や悪化の防止に必要な療養
- ・サービスの有効な利用について留意すべきこと など

□ なお、全国の審査会委員を対象としたアンケート調査では、「有効期間を原則より短くすべきケース」と「必要な療養の意見を付するべきケース」として、以下のような調査結果が得られています。

【審査会委員が考える、有効期間を原則より短くすべきケース】



【審査会委員が考える、必要な療養の意見を付するべきケース】



資料) 平成25年度老人保健健康増進等事業「要介護認定業務の実施方法に関する調査研究事業報告書」
審査会委員n=5,793

**認定調査員・介護認定審査会委員
研修テキスト**

令和7年7月発行

一部抜粋

厚生労働省老健局・
神奈川県福祉子どもみらい局
令和6年12月時点

発行元

横浜市健康福祉局介護保険課

TEL : 045-671-4256

FAX : 045-550-3614

G30 のその先へ

ヨコハマ3R夢!

ス リ ム