

○ 要介護認定等の実施について(平成21年9月30日付老発0930第5号)(抄)

(変更点は下線部)

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

1～5 （略）

要介護認定等の実施について

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

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

記

1～5 （略）

別添1-1

(別添1-1)

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

○○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		核番									
	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 の場合は のみ記入。 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 転出元自治体(市町村)名 [] 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ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 有・無											
	提出 代 行 者		介護保険施設等の名称等、所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 介護保険施設等の名称等、所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関等の名称等、所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日 医療機関等の名称等、所在地 期間 年 月 日～ 年 月 日											
	提出 代 行 者		名 称	該当に○(地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)										
	提出 代 行 者		住 所	〒 電話番号										
主 治 医		主治医の氏名				医療機関名								
所 在 地		〒 電話番号												
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入														
特定疾病名														
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、○○市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、○○市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤などで電子的に行う場合を含む)ことに同意します。														
本人氏名														

別添1-1

(別添1-1)

介護保険 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

○○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		核番									
	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 の場合は のみ記入。 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 転出元自治体(市町村)名 [] 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ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無 有・無											
	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)										
	提出 代 行 者		住 所	〒 電話番号										
	主 治 医		主治医の氏名				医療機関名							
所 在 地		〒 電話番号												
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入														
特定疾病名														
介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、○○市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、○○市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤などで電子的に行う場合を含む)ことに同意します。														
本人氏名														

別添1-2

(別添1-2)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○○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				
看護者	変更申請の理由				
	過去6ヶ月間の 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					
<small>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、○○市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、○○市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。</small>					
本人氏名					

別添1-2

(別添1-2)

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

○○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				
看護者	変更申請の理由				
	過去6ヶ月間の 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					
<small>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、及主医意見書を、○○市(町村)が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、○○市(町村)から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。</small>					
本人氏名					

別添1-3~2 (略)

別添3

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者 （ふりがな）	男 女	〒 -	
		明・大・昭 年 月 日生(歳)	連絡先 ()

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。

医師氏名	電話 ()
医療機関名	FAX ()
医療機関所在地	
(1) 最終診察日	令和 年 月 日
(2) 意見書作成回数	<input type="checkbox"/> 初回 <input type="checkbox"/> 2回目以上
(3) 他科受診の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合)→内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <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 (特定疾患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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

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

別添1-3~2 (略)

別添3

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者 （ふりがな）	男 女	〒 -	
		明・大・昭 年 月 日生(歳)	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 同意する。 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)→内科 <input type="checkbox"/> 精神科 <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 (特定疾患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患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 特定疾患についてはその診断の根拠等について記入)

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

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

3. 心身の状態に関する意見

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

(5) 身体の状態

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

(部位 : _____)
(度数 : □軽 □中 □重)
(部位 : _____)
(度数 : □軽 □中 □重)

(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
麻痺
筋力の低下
関節の拘縮
関節の痛み
失調・不随意運動 +上肢 □右 □左 +下肢 □右 □左 •体幹 □右 □左
褥瘡
その他の皮膚疾患

(部位 : _____)
(度数 : □軽 □中 □重)
(部位 : _____)
(度数 : □軽 □中 □重)
(部位 : _____)
(度数 : □軽 □中 □重)
(部位 : _____)
(度数 : □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・器具の使用(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
→ 安養・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	□短期入所栄養介護	□訪問歯科衛生指導	□訪問栄養食事指導
□通所リハビリテーション	□老人保健施設	□介護医療院	□その他の医療系サービス()
□特記すべき項目なし			

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

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

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 :	□有 ()	□不明
------	--------	-----

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を見守りに影響を及ぼす疾病の状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。



別添4 (略)

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・器具の使用(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
→ 安養・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	□短期入所栄養介護	□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的状況等の留意点を含め記載して下さい。特に、介護に要する手間に影響を及ぼす事項について記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や障害者手帳の申請に用いる診断書等の写しを添付して頂いても結構です。)



別添4 (略)