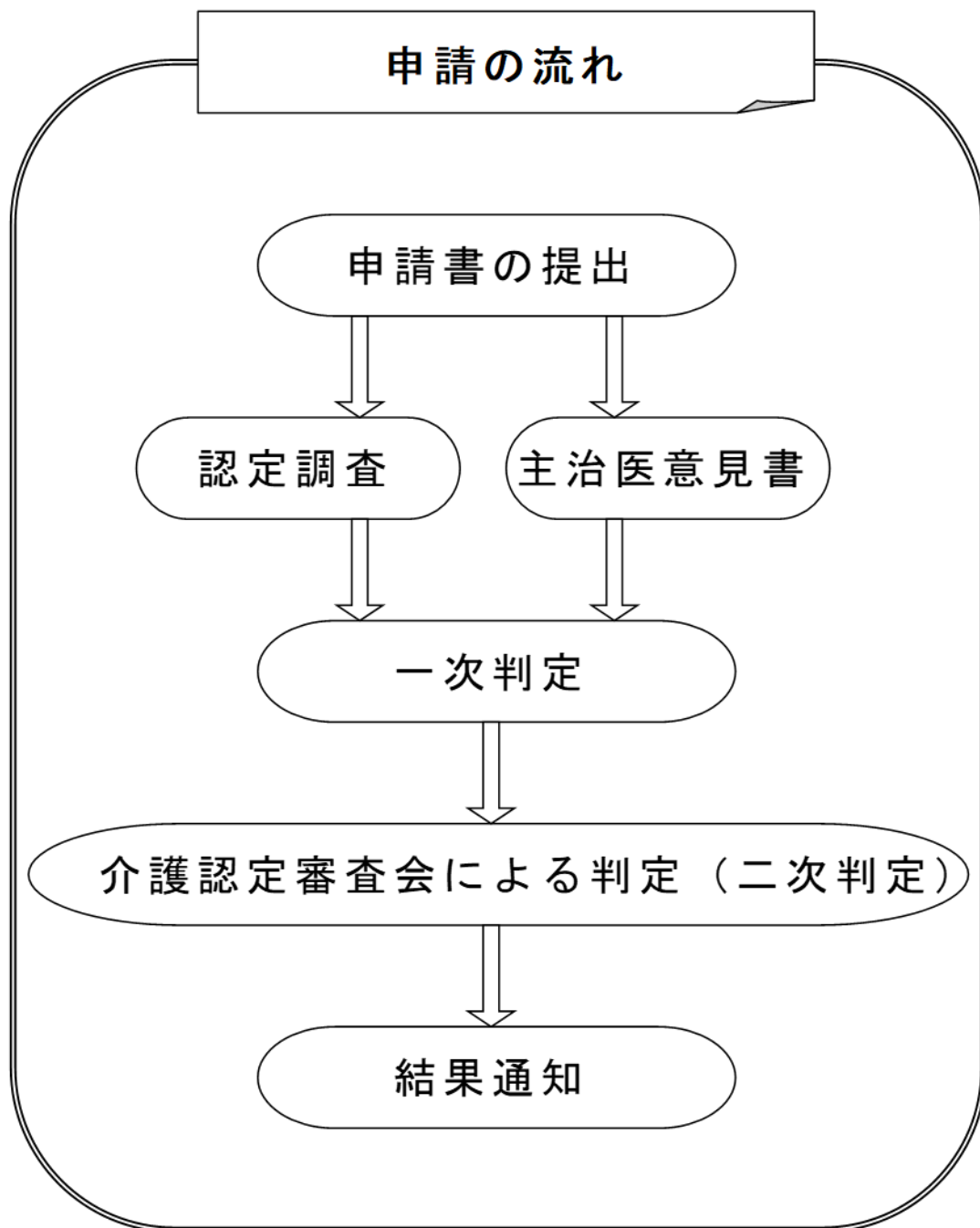


介護保険の要介護認定について

- I 要介護認定申請
- II 要介護認定等の情報提供

I 要介護認定申請



1 申請の代行

○居宅介護支援事業所、介護保険施設のケアマネジャーは介護保険法の規定により、本人の代わりに申請書の提出を代行する権限があります。

2 申請書の提出（申請書様式：8ページ）

○被保険者本人又はその親族に確認のうえ、申請書記入をお願いします。

○提出は介護保険課窓口への持参又は郵送にてお願いします

○郵送の場合の申請日は、介護保険課で受付処理をした日になります。

3 申請の時期

（1）新規申請・区分変更申請 随時

（2）更新申請 有効期間満了日の60日前から

なお、更新申請については、有効期間満了日の約45日前時点（毎月10日から15日の間くらいです。）で更新申請をしていない方に対し、市から「更新のお知らせ」を郵送します。

4 申請時の必要書類

- 介護保険（要介護・要支援）認定申請書
 - ・記載漏れ（特に主治医、立会人）に注意。

- 介護保険被保険者証
 - ・紛失等の場合は申請受付時にお伝えください。

- 医療保険被保険者証のコピー
（第2号被保険者※に限る。）
 - ※12ページに記載の特定疾病に該当する方のみが審査対象となります。

5 認定調査

- 認定調査の際は、立会人の同席が必要です。
申請書の立会人の欄に必ず、家族等立ち合いが可能な方のお名前、連絡先をご記載ください。併せて、調査場所も忘れずに記載をしてください。

- 後日、調査担当から立会人にご連絡し、日程を調整のうえ、認定調査を行います。なお、調査は原則として、被保険者本人が生活をしている場所で行います。

- 申請後に、立会人や調査場所の変更の希望がある場合は、速やかに調査担当へご連絡ください。

- なお、入退院直後、手術直後など状態が安定していない時期は、調査を行うことができません。入退院後、術後は少なくとも一週間空けて調査を行います。予め、入退院や手術の予定がある場合は、申請書の裏面に記載するようお願いいたします。

6 主治医意見書

○申請書の主治医の欄に必ず、かかりつけ医のお名前、医療機関名をご記載ください。

○申請書を受け付けた日の翌開庁日に、市から直接、医療機関に対し意見書を送付し、作成を依頼します。

○受診状況等により、依頼先医療機関に意見書作成を断られる場合があります。

以下のような場合は、申請書提出前に医療機関に対し事前にご確認ください。

- ・半年に1回程度の健康診断のみ、薬の処方のみの場合
- ・総合病院の救急科へ依頼する場合
- ・かかりつけではない総合病院での1～2週間程度の入院の場合（この場合、総合病院から、普段通院している診療所等での作成を勧められる場合が多々あります。）
- ・眼科、皮膚科、耳鼻科に依頼しようとする場合

○申請後に、入院等の状態変化があり、意見書依頼先を変更したい場合は、速やかに認定係にご連絡ください。

7 認定結果

- 認定調査、主治医意見書の2点が整うと介護認定審査会に諮られ、要介護度が決定されます。

- 横須賀市の現状としては、申請から認定結果の通知まで平均で40日～50日ほどかかります。

- 意見書作成状況などにより、これ以上かかる場合もあります。

- 更新申請の方で、前回の介護度と今回の一次判定の介護度が同じであるなど、状態の安定性が認められる方については要介護認定の審査判定の手続きが簡素化されることがあり、この場合は、比較的早く認定結果が通知されることがあります。

- 申請から30日以内に結果を出せる見込みが立っていない方に対しては、理由を記載した「延期通知」を送付しています。

- 認定有効期間は、原則として、次のとおりです。
 - ・新規、区分変更申請 12か月
 - ・更新申請 36か月または48か月ただし、介護認定審査会の判断により、これより短くなる場合もあります。

8 転入申請（要介護度の引継ぎ）

- 他の自治体で要介護認定を受けていた方が、横須賀市への転入日から14日以内に要介護認定の転入申請をした場合は、従前の要介護度を引き継ぐことができます。この場合の有効期間は6か月間となります。

9 申請の取下げ

- 申請中の方が、状態の改善や悪化を理由として、申請を取り下げる場合は、取下書の提出が必要です。
- 取下書の記載は、被保険者本人または親族のみとし、ケアマネジャーによる代筆は不可です。
- 取下げを希望する場合は、事前に必ず介護保険課認定係へご連絡をお願いします。

10 申請書の同意欄の署名について

○申請書表面の同意欄は、被保険者に署名していただくことが原則ですが、被保険者本人が寝たきり、認知症等で来庁できず、署名することが難しい場合が多くみられます。こうした場合、次の方による代筆が可能です。

- 1 成年後見人等の法定代理人（登記事項証明書等の添付必要）
- 2 配偶者（内縁を含む。）
- 3 3親等以内の親族及びその配偶者（養父母子女等を含む。）
- 4 上記2、3に準ずる者
 - ・ 被保険者本人を介護している親族
 - ・ 被保険者本人を扶養している親族
 - ・ 被保険者本人に扶養されている親族
- 5 被保険者本人の生活状況を把握する民生委員、生活福祉課等職員
（上記2から4までの方が存在しないときに限る。）

※ケアマネジャーによる代筆は不可です。

介護保険（要介護・要支援） 認定申請書

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
 要支援から要介護への変更 転入による申請

申請日 令和 年 月 日 受付者()

横須賀市長

次のとおり申請します。

申請者（※被保険者本人の場合は記入する必要はありません。）	
フリガナ 氏名	被保険者との関係（ ）
住所 <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ (〒 -)	
電 話 ()	携帯電話・職場等 ()

*（裏面あり）太ワク内を記入してください。二重ワク内は、よくお読みになり同意するときは署名してください。

マイナンバー		被保険者番号	0 0 0
フリガナ 氏 名	男・女	生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳)
住所(住民登録地) (〒 -) 横須賀市		電 話 ()	
現在の居所、入院・入所先（※現在、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入してください。） (〒 -) 施設名等 電 話 () 入所・入院(予定)期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日			

現在の要介護等 状 態 区 分	なし 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2	変更申請の理由(※新規・更新申請は記入不要です) (要介護等状態区分変更の申請をする方のみ記入してください)
認定有効期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 末日	

主治 医 師 氏 名 (フルネーム) 氏 名 科	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保	医療 保 険 被保険者証 記号・番号 枝番
受 診 日 前回：令和 年 月 日 次回：令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> その他 (保険者名 保険者番号)	
医療機関名 <input type="checkbox"/> 入院中	特 定 疾 病 名 第2号被保険者(65歳未満)のみ記入してください ※ 医療保険証の写しを添付してください	
所 在 地 電 話 ()		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等を作成する必要があるときは、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横須賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者又は特定施設入居者生活介護事業者の関係人に、また主治医意見書を作成した主治医が要介護認定結果の情報提供を希望するときは、要介護認定結果を当該主治医に提示することに同意します。

被保険者氏名 _____ 代筆者氏名 _____ (被保険者との続柄 _____)

※ この情報提供に関する同意欄の代筆をできる方は、被保険者のご親族の方です。(事業者・施設等職員の代筆は不可)

() 地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業者 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 指定介護療養型医療施設 介護医療院

提 出 代 行 者 名 称 _____
所 在 地 _____ 担 当 者 () 事 業 者 番 号 _____
電 話 () _____

受 理 年 月 日	処 理	<input type="checkbox"/> 申請書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 調査	被 保 険 者 証 <input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 未収 (紛 ・ 調 ・ 後)
	意 見 書 依 頼	<input type="checkbox"/> 医療機関郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付	医 療 保 険 証 写 し 添 付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	調 査 区 分	<input type="checkbox"/> 直営 (<input type="checkbox"/> 一定期間 <input type="checkbox"/> 前回転入 <input type="checkbox"/> その他)	<input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> 委託
	調 査 予 定	月 日 ()	時刻指定 (:) 01 02 04 05
申 請 番 号		1 2 0 2	0 0

調査する場所 (認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などについて本人と家族等に聞き取り調査を行う場所です。)

<input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地)	住所 (〒 -)
<input type="checkbox"/> 現在の居所、入院・入所先	施設名等
<input type="checkbox"/> その他 (右欄に記入)	電話 () 入院・入所予定日：令和 年 月 日

調査立会人 ※個人情報になりますので、必ず立ち会っていただける方の了解を得たうえで記入してください。

<input type="checkbox"/> 申請者	フリガナ 氏名 被保険者との関係 ()
<input type="checkbox"/> その他 ※	住所 (〒 -) <input type="checkbox"/> 被保険者と同じ
	固定電話 () 携帯電話・職場等 () (平日の日中に連絡がとれるところ)

(※事業所・施設の方が立会人になる場合はご家族に立会人になる旨お伝えください。)

調査の都合の悪い日等	(サービス利用日、通院日等で都合の悪い曜日や、立会人の都合の悪い日等を記入してください。)
------------	---

※ 被保険者の状況を記入してください。

- ・家族状況 (独居・家族構成) :
- ・申請に至る経緯 :
- ・最近の疾病・認知症の状況 :
- ・最近の入所・入院の状況 :
- ・介護保険サービスの利用希望 :
- ・認定調査時に気をつけること :

※ 認定調査員が訪問の際に軽自動車を駐車できる場所 あり (敷地内 その他 : ()) なし
 ※ 暫定ケアプラン利用予定 あり なし ※ 提出代行者による調査 可 不可 (理由 : ())

*介護保険課(調査係)事務処理欄

委託先区分	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> その他	委託料区分	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 無償
事業者番号	事業者名	<input type="checkbox"/> 新規	

連絡年月日	経過
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

- 1 該当する申請区分を選んでください。
- 2 申請者が被保険者ご本人以外の方の場合は記入してください。
- 3 被保険者の氏名、住民登録地・個人番号等を記入してください。被保険者番号は、介護保険被保険者証をご確認ください。
- 4 現在、住民登録地以外に居住している方は記入してください。入所または入院期間がわかっているときはあわせて記入してください。
- 5 6 介護保険被保険者証を確認し、記入してください。新規申請の場合は記入不要です。
- 7 有効期間内に区分変更などを申請するときは、具体的な状態を記入してください。（例：病状が悪化した）
（例：歩けなくなった）
- 8 主治医の氏名、病院、所在地、電話番号を必ず記入してください。（依頼先が④と同じ場合は「入院先」にのみ可）
前回/次回受診日を必ず記入してください。
- 9 医療保険者番号等の記入をお願いします。（国保・後期高齢の方はし点のみで可）65歳未満の方は、特定疾病を記入し、医療保険証の写しを添付してください。
- 10 ご本人が書けないときなど、ご親族等が代筆できます。

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

申請日 令和××年 4月 8日 受付者()

申請者（※被保険者本人の場合は記入する必要はありません。）
フリガナ カイゴ ハナコ 被保険者との関係（妻）
氏名 介護 花子
住所 被保険者と同じ
電話 () 携帯電話・職場等 080-XXXX-XXXX

横須賀市長
次のとおり申請します。

フリガナ	012345678901	被保険者番号	0001234567
フリガナ	カイゴ タロウ	氏名	介護 太郎 (男) 3
氏名	介護 太郎	生年月日	明・大(昭)××年 10月 25日 (年齢××歳)
住所(住民登録地)	横須賀市 〇〇町1丁目2番3号 よこすかマンション101号室		
住所(住民登録地)	横須賀市 〇〇町1丁目1番地		
施設名等	〇〇病院 東病棟 3階 41号室		
電話	046 (XXX) XXXX 入所・入院(予定)期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
現在の要介護等 状態区分	なし 1 2 3 4 5	変更申請の理由(※新規・更新申請は記入不要です)	7
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	変更申請の理由(※新規・更新申請は記入不要です)	7
主治 医師氏名	認定 正 〇〇科	医療保険	9
受診日	令和 年 月 日	被保険者証	9
医療機関名	〇〇病院 8	特定疾病名	骨折を伴う骨粗しょう症
所在地	横須賀市 〇〇町1丁目1番地	特定疾病名	骨折を伴う骨粗しょう症
介護サービス計画又は介護予防サービス計画等を作成する必要があるときは、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横須賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者又は特定施設入居者生活介護事業者の関係人に、また主治医意見書を作成した主治医が要介護認定結果の情報提供を希望するときは、要介護認定結果を当該主治医に提示することに同意します。			
被保険者氏名	介護 太郎	代筆者氏名	10 介護 花子 (被保険者との続柄 妻)
提出代行 業者	11 〇〇居宅介護支援事業所		
所在地	横須賀市 〇〇町2丁目3番4		
電話	046 (XXX) XXXX		
受理年月日	処 理	被保険者証	12
	申請書 <input type="checkbox"/> 意見書 <input type="checkbox"/> 調査 <input type="checkbox"/>	回収 <input type="checkbox"/> 未収 (紛・調・後) <input type="checkbox"/>	
	意見書依頼 <input type="checkbox"/> 医療機関郵送 <input type="checkbox"/> 窓口交付 <input type="checkbox"/>	医療保険証写し添付 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	調査区分	調査(一定期間) <input type="checkbox"/> 再転入 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/>	事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> 委託 <input type="checkbox"/>
	調査予定	月 日 ()	時刻指定 (:) 01 02 04 05
	申請番号	1 2 0 2 0 0	

* (裏面あり)太ワク内を記入してください。二重ワク内はよくお読みになり同意するときは署名をしてください。

- 裏面へ
- 12 事務処理欄ですので何も記入しないでください。
- 11 代行申請事業者の区分を選択し、名称、所在地、電話番号、担当者名、事業者番号の記入してください。（押印は不要となりました。）

申請書の提出に際して

- 「介護保険被保険者証」を添付してください。個人番号を記入された場合は本人の通知カード等をご持参ください。
- 65歳未満の方（第二号被保険者）の申請は、「医療保険被保険者証」の写しの添付をお願いします。
- 介護保険課（横須賀市役所 分館2階）へ申請してください。

調査する場所（認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などについて本人と家族等に聞き取り調査を行う場所です。）

自宅（住民登録地）住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地（長男宅）

現在の居所、入院・入所先 施設名等

その他（右欄に記入）電話 046（XXX）XXXX 入院・入所予定日：令和 年 月 日

調査立会人 ※個人情報になりますので、必ず立ち会っていただける方の了解を得たうえで記入してください。

申請者 氏名 介護 一郎 被保険者との関係（長男）

その他 ※ 住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地

固定電話 046（XXX）XXXX 携帯電話・職場等 080-XXXX-XXXX（※事業所・施設の方が立会人になる場合はご家族に立会人になる旨お伝えください。）

調査の都合の悪い日等（サービス利用日、通院日等で都合の悪い曜日や、立会人の都合の悪い日等を記入してください。）

立会人、毎週月・水・金、透析。火・木曜日希望。

※ 被保険者の状況を記入してください。

- ・家族状況（独居・家族構成）：夫婦二人暮らし
- ・申請に至る経緯：××年12月25日、自宅にて転倒して骨折し入院。車椅子移動。体を支えても腰が落ちてしまい、定がなかなか前に出ない状態。食事摂取は自力で可能。
- ・最近の疾病・認知症の状況：左大腿部骨折
- ・最近の入所・入院の状況：××年12月25日から入院中
- ・介護保険サービスの利用状況：自宅での介護は難しく、退院後は長男宅で訪問介護を利用予定。
- ・認定調査時に気をつけること：本人は耳が遠いので大きめの声で話してほしい。

※ 認定調査員が訪問の際に軽自動車駐車場をできる場所 あり（敷地内 その他：）なし

※ 暫定ケアプラン利用予定 あり なし ※ 提出代行者による調査 可 不可（理由：）

*介護保険課（調査係）事務処理欄

委託先区分	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> その他	委託料区分	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 無償
事業者番号	事業者名	<input type="checkbox"/> 新規	
連絡年月日	経 過		
月 日			
月 日	記入しないでください		
月 日			
月 日			

13 該当する場所を選んでください。「その他」のときは住所、施設名などを記入してください。また入院・入所の日があらかじめわかっているときはあわせて記入してください。

14 調査立会人が申請者以外の場合は、承諾を得たうえで右欄に記入してください。調査立会人の自宅及び日中連絡が取れる携帯電話・職場などの連絡先を必ず記入してください。

15 訪問調査の日程について都合の悪い日、曜日などがありましたら記入してください。

16 被保険者の状況を例文を参考に記入してください。暫定ケアプランの利用予定について「あり」「なし」を選択し、記入してください。代行申請の場合、調査委託の可否を記入してください。

17 介護保険課（調査係）事務処理欄ですので、何も記入しないでください。

ご相談・お問い合わせ先

〒238-8550 神奈川県横須賀市小川町11番地 横須賀市民生局福祉こども部



- 認定申請について 介護保険課認定係 046-822-8310
- 訪問調査について 介護保険課調査担当 046-822-9588

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)	<p>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せず、進行性かつ治癒困難な状態（注）にあるもの。</p> <p>(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</p> <p>(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。</p> <p>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ない治療の場合は治癒困難な状態にあるものとする。</p>
2	関節リウマチ	<p>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。</p>
3	筋萎縮性側索硬化症	<p>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。</p>
4	後縦靭帯骨化症	<p>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。</p>
5	骨折を伴う骨粗鬆症	<p>脊椎圧迫骨折…腰部疼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。</p> <p>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。</p>
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)	<p>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。</p> <p>血管性認知症…初発症状として物忘れが始まることが多い。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。</p> <p>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。</p>
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)	<p>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。</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>(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</p> <p>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）</p>
8	脊髄小脳変性症	<p>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。</p>
9	脊柱管狭窄症	<p>腰部脊柱管狭窄症…腰痛、下肢痛、間欠性跛行を主訴とする。</p> <p>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。</p>
10	早老症 (ウェルナー症候群等)	<p>若年者で老人性顔貌、白髪、毛髪の脱落とともに肥満の割に四肢が細い。若年性白内障、皮膚の萎縮と角化、足部皮膚潰瘍、四肢の筋肉・脂肪組織・骨の萎縮、血管・軟部組織の石灰化、性腺機能低下症、糖尿病、髄膜腫等を認める。</p>

11	多系統萎縮症	<p>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る疾患である。</p> <p>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。</p>
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>糖尿病性神経障害…下肢のしびれ、痛み等を認める。</p>
13	脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）	<p>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。</p> <p>脳梗塞…発症状況と経過は、アテローム血栓症脳梗塞やラクナ梗塞では、夜間安静時に発症し起床時に気が付かれ、症状が徐々に完成することが多く、心原性脳塞栓症では、日中活動時に突発的に発症して症状が完成することが多い。</p> <p>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。</p>
14	閉塞性動脈硬化症	<p>問診で閉塞病変に由来する症状—下肢冷感、しびれ感、安静時痛、壊死等があるかどうか聞く。視診により下肢の皮膚色調、潰瘍、壊死の有無をチェックする。触診ですべての下肢動脈の拍動の有無を調べる。</p>
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）	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>びまん性汎細気管支炎…呼吸細気管支領域にびまん性炎症により、強い呼吸障害をきたす。初期には肺炎球菌、インフルエンザ桿菌等が感染菌となりやすく、痰、咳、喘鳴を呈し、長引くと菌交代現象を起こし、緑膿菌感染になり重症化しやすい。</p>
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	<p>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。</p>

（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）

Ⅱ 要介護認定等の情報提供

介護支援専門員等に対する要介護認定等の情報の提供について

【情報の申込みができる方】

- ① 要介護者等と居宅介護サービス計画（介護予防サービス計画）等の提供に係る契約を結ぶ居宅介護支援事業者等の管理者
- ② 居宅介護支援事業者等に勤め、介護サービス計画等を作成する介護支援専門員又は地域包括支援センターに従事する者

【申込み時にご用意いただくもの】

- ① 要介護認定等に係る情報提供申込書兼受領書（第1号様式）
 - ② 申込者の身分証明書（介護支援専門員証+所属事業者が発行している身分証明書）
 - ③ 施設サービス計画作成申出書（第2号様式）
- 居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書、または介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出済み（または提出予定）の場合は、③施設サービス計画作成申出書の提出は不要です。
- （窓口来庁者が申込者と異なる場合）申込者の身分証明書の複写を添付してください。
- 所属事業者で身分証明書を発行していない場合は、別途、その事業者に所属していることを証明する「雇用証明書」を作成いただく必要があります。
雇用証明書には下記5項目を記載し、添付してください。

- ① 氏名
- ② 雇用開始日又は雇用期間
- ③ 事業者名
- ④ 発行年月日（1年以内に発行したもの）
- ⑤ 施設管理者又は法人代表者の氏名（社判必須）

【提供する情報】

- ・介護認定審査会資料
- ・調査特記事項
- ・主治医意見書（介護サービス計画等に利用されることについて、主治医意見書における主治医の同意が確認できる場合に限る）
- ・介護保険法第27条第5項及び同法32条第4項に規定する介護認定審査会の意見（介護認定審査会で意見を付された場合に限る）

【申込み手続きが行える期間】

情報の申込み期間は認定日から有効期間満了日までです。認定結果の出ていない方の情報を申込むことは出来ません。

○現在、要介護（要支援）認定申請中の方の情報提供の申込みがあった場合は、以前の認定情報の提供をさせていただくか、又はキャンセルの扱いとなりますので、あらかじめご了承ください。

【認定情報の受領について】

認定情報の受領時には、受領者が所属する事業者の身分証明書が必要です。

なお、資料の提供は原則として、申込日から開庁日中2日後に交付いたします。（ただし、一度の申込件数が多い場合や、申込みの混雑状況によっては情報の提供が遅れる場合がございます。あらかじめご了承ください。）

【郵送時の申込みについて】

窓口での申込みが難しい場合は、郵送でのお手続きをご活用ください。

〈郵送による申込み時にご準備いただくもの〉

- ① 要介護認定等に係る情報提供申込書兼受領書（第1号様式）
- ② 施設サービス計画作成申出書（第2号様式、必要な場合に限る）
- ③ 申込者の身分証明書の複写（介護支援専門員証、所属事業者の身分証明書の2点が必要）
- ④ 返信用切手

○提供資料は申込者宛に簡易書留で郵送します。申込件数が1件の場合は414円（簡易書留郵便料金320円+普通郵便94円）の切手の同封が必要です。件数により郵便料金が変わる可能性があるため、不足する場合はこちらから連絡いたします。

○情報提供の申込みと同時に居宅サービス計画作成依頼（変更）届出書、介護予防サービス計画作成依頼（変更）届出書を提出する場合、同封していただいて構いません。

○情報提供申込時に、介護保険（要支援・要介護）認定申請書の情報提供に関する同意欄が未記入の場合は、別途、同意書が必要です。同意書が必要かどうかを確認したい場合は、お手数ですが介護保険課認定係までご連絡ください。

要介護認定等に係る情報提供に関する遵守事項

＝ 必ず守ってください！ ＝

この制度は、要介護者等の介護サービス計画及び介護支援サービスの適切かつ円滑な作成を目的として、介護支援専門員等に対し要介護者等の要介護認定等に係る情報を提供する制度です。

介護支援専門員等のみなさんに提供する情報の内容は、すべて要介護者等本人の個人情報であるため、その取扱いについては、次の事項を遵守のうえ、当該制度の趣旨に沿った慎重な取り扱いをお願いいたします。

なお、この遵守事項が守られないときは、情報の提供ができなくなりますのでご了承ください。

【 遵 守 事 項 】

- 1 介護支援専門員等は、認定等関係資料を本人の介護サービス計画、介護予防サービス計画及び施設サービス計画の作成以外の目的に使用しないでください。
- 2 介護支援専門員等は、認定等関係資料の内容を本人や親族等に知らせたり、提供したりしないでください。
- 3 介護支援専門員等が、認定等関係資料をサービス担当者会議等に用いるときは、予め本人の同意を文書により得てください。また、会議等終了後すみやかに認定等関係資料を回収してください。
- 4 介護支援専門員等は、提供を受けた認定等関係資料を厳重に管理し、紛失や破損したりしないよう努めてください。なお、認定等関係資料を紛失や破損したときは、直ちに市に連絡し、その指示に従ってください。
- 5 介護支援専門員等は、本人との居宅介護支援、地域密着型サービス、施設サービス、介護予防支援及び介護予防サービスの提供に係る契約事務が終了したときや、その他資料を所持する必要がなくなったときは、速やかに認定等関係資料（当該資料を複写し、又は複製したものを含む。）を市に返還してください。
- 6 介護支援専門員等は、市から認定等関係資料の提示、提出や返還を求められたときは、速やかにこれに応じてください。
- 7 事業者等の管理者は、職員や職員であった者に対し、上記に掲げる事項を遵守するよう必要な措置を講じてください。

要介護認定等に係る情報提供申込書兼受領書

※ 太枠の中を記入してください。

令和 年 月 日		
(あて先)横須賀市長		
私は、要介護者等の要介護認定又は要支援認定に係る情報の提供について、「介護支援専門員等に対する要介護認定等情報の提供に関する要領」に基づき申し込みます。		
申込者	事業者・施設の所在地及び名称等	所在地 (〒 -) 事業者・施設名 電話番号 ()
	フリガナ	
	氏名	区分 <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他

登録証明書 又は専門員証		身分証明書		確認
-----------------	--	-------	--	----

上記情報提供に関する資料について、下記とおり確認し、受領しました。				
受領件数 件				
令和 年 月 日				
受領者氏名		身分証明書		確認

- ※ 情報提供を受けようとする者は、介護支援専門員登録証明書(携帯用)又は介護支援専門員証及び事業者が発行する身分証明書を必ず提示してください。
- ※ 代理人が申込書を持参するときは、申込者本人の介護支援専門員登録証明書(携帯用)又は介護支援専門員証及び事業者が発行する身分証明書の写しを必ず提示してください。
- ※ 受領者は所属する事業者が発行する身分証明書を必ず提示してください。
- ※ 認定結果の出していない情報提供を申し込むことは出来ません。(2次判定日当日の申し込みは可能)申請中の方の情報提供があった場合は、以前の認定情報又はキャンセルの扱いとなります。

情報提供対象者一覧

※ 太枠の中を記入してください。

事業者・施設名

No.	氏名	被保険者番号	サービス計画作成 依頼届出書確認欄 (いづれかに○)	2次判定日 結果	審査会の 意見	サービス計画 作成依頼届出書等	同意確認		備考
							本人	主治医	
1		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
2		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
3		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
4		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
5		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
6		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
7		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
8		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
9		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	
10		0 0 0	提出済 同日提出	・ 要支援 要介護	有 無	有 無	有 無	有 無	

※ 「サービス計画作成依頼届出書」が提出済みか、必ずご確認ください。(施設の場合は、「施設サービス計画作成申出書」の添付が必要です。) 情報提供の申し込みと同日にサービス計画作成依頼届出書を提出する場合は、給付係に提出する前に、認定係へのご提示をお願いします。

同意書

年 月 日

(あて先) 横須賀市長

平成・令和 年 月 日に申請した要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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介護サービス計画又は介護予防サービス等を作成するために必要があるときは地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者又は特定施設入所者生活介護事業者の関係人に、また、主治医意見書を作成した主治医が要介護認定結果の情報提供を希望するときは、要介護認定結果を当該主治医に提示することに同意します。

被保険者 住 所

氏 名

生年月日

被保険者番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

代筆者 住 所

氏 名

(続柄)

【注意事項】

代筆者は、**被保険者の親族（原則3親等以内）又は成年後見人等**とします。
また、**成年後見人等による代筆の場合は、1年以内に発行された登記事項証明書**の写しの添付が必要です。(補助人、保佐人等による代筆の場合は、代理行為目録の写しの添付も併せて必要です。)

施設サービス計画作成申出書

施設名	施設所在地等
	〒 ー 電話番号 ()
管理者名	
フリガナ	
<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(あて先)横須賀市長</p> <p>別紙「要介護認定等に係る情報提供申込書兼受領書」の情報提供対象者は、当施設に入所しているため、当施設において施設サービス計画作成することを申し出ます。</p>	