

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

(変更点は下線部)

現行	改正後
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 <u>老発0401第20号</u> <u>一部改正 令和3年4月1日</u>
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 1－1～1－3 （略）

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 1－1～1－3 （略）

(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（ _____ ）
記入者氏名	_____	所属機関	_____

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 (_____)
対象者氏名	_____	性別	男・女
現住所	〒 _____	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
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 [_____]			

施設利用	施設連絡先
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設（ <u>ケアハウス</u> 等） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> その他の施設	施設名 _____ 郵便番号 _____ 施設住所 _____ 電話 _____

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）、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。

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）（略）

(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（ _____ ）
記入者氏名	_____	所属機関	_____

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 (_____)
対象者氏名	_____	性別	男・女
現住所	〒 _____	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日
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
<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護適用施設 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護適用施設（グループホーム） <input type="checkbox"/> 医療機関（医療保険適用療養病床） <input type="checkbox"/> 医療機関（療養病床以外） <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 経費老人ホーム ^{※1} <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム ^{※1,2} <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 ^{※1} <input type="checkbox"/> その他の施設等
施設等連絡先
施設等名 _____
郵便番号 _____ 電話 _____
住所 _____

※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 独居 同居（夫婦のみ） 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）

認定調査票（基本調査）及び認定調査票（特記事項）（略）

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
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 _____				
医療機関名 _____			電話 () _____	
医療機関所在地 _____			FAX () _____	
(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 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

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

2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

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

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

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

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

(3) 認知症の行動・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)

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

(4) その他の精神・神経症状

無 有 (症状名: _____ 専門医受診の有無 有 () 無)

(別添3)

主治医意見書

記入日 令和 年 月 日

申請者	(ふりがな)	男・女	〒	-
	明・大・昭 年 月 日生(歳)			
上記の申請者に関する意見は以下の通りです。				
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 _____				
医療機関名 _____			電話 () _____	
医療機関所在地 _____			FAX () _____	
(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 安定 不安定 不明
(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

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

2. 特別な医療 (過去14日間に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容 点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマの処置 酸素療法

レスピレーター 気管切開の処置 疼痛の看護 経管栄養

特別な対応 モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) 褥瘡の処置

失禁への対応 カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル等)

3. 心身の状態に関する意見

(1) 日常生活の自立度等について

・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2

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

(2) 認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)

・短期記憶 問題なし 問題あり

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

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

(3) 認知症の行動・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)

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

(4) その他の精神・神経症状

無 有 → 症状名: _____ (専門医受診の有無 有 (科) 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 □その他の医療系サービス ()

(6) サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 □特になし □あり () ・移動 □特になし □あり ()
・摂食 □特になし □あり () ・運動 □特になし □あり ()
・嚥下 □特になし □あり () ・その他 ()

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

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

Blank box for special notes.

別添4 (略)

(5) 身体の状態

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

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1) 移動

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

(2) 栄養・食生活

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

(3) 現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

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

(4) サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

□期待できる □期待できない □不明

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

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

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

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

(7) 感染症の有無 (有の場合は具体的に記入して下さい)

□無 □有 () □不明

5. 特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的など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。)

Blank box for special notes.

別添4 (略)