

○ 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		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
		一部改正	老発 0401 第 9 号
		一部改正	<u>令和 6 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）

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  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

介護 保険 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険 被保険者証	保険者名											保険者番号																					
		記号											番号											扶番										
	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																															
	転出元自治体（市町村）名 [ ]																																	
	※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ 記入																																	
	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																																	
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																							
	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	該当に〇（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・指定介護療養型医療施設、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。 本人氏名																																		

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  
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

介護 保険 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号																						
	医療 保険 被保険者証	保険者名											保険者番号																					
		記号											番号											扶番										
	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																															
	転出元自治体（市町村）名 [ ]																																	
	※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ 記入																																	
	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																																	
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																							
	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	該当に〇（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。 本人氏名																																		

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												
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 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号							
	医療 保険 被保険者名				保険者番号							
	被保険者証				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				
				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、指定介護療養型医療施設、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。 本人氏名												

別添 1-3 (略)

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												
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 険 者	介護保険 被保険者番号				個人番号							
	医療 保険 被保険者名				保険者番号							
	被保険者証				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				
				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。 本人氏名												

別添 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返却書まで行って下さい。

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	〒 _____	電話番号	_____
家族等連絡先	〒 _____ 氏名（ _____ ）調査対象者との関係	電話番号	_____

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(デイケア)・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 介護療養型医療施設 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<sup>※1</sup> 軽費老人ホーム<sup>※1</sup> 有料老人ホーム<sup>※1, 2</sup> サービス付き高齢者向け住宅<sup>※1</sup> 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 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）

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返却書まで行って下さい。

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	〒 _____	電話番号	_____
家族等連絡先	〒 _____ 氏名（ _____ ）調査対象者との関係	電話番号	_____

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(デイケア)・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<sup>※1</sup> 軽費老人ホーム<sup>※1</sup> 有料老人ホーム<sup>※1, 2</sup> サービス付き高齢者向け住宅<sup>※1</sup> 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 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）～ 認定調査票（特記事項）（略）

別添 3～4（略）

認定調査票（基本調査）～ 認定調査票（特記事項）（略）

別添 3～4（略）