

老発 0323 第 2 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

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

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 9 月 30 日老発 0930 第 5 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、要介護認定等の実施について遺漏のなきように期せられたい。

○ 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|-------------------------|--|-----|--|--|--|-------------------|----|--|---|--|----|---|------|---|------------------|-----|--|--|--|-------------------------------------|--|------------------------------------|-------------------------|-----|---|--|--|-------------------|----|---|---|--|----|---|------|
| <p>(略)</p> <p>(別添1-1) 介護保険 要介護認定・要支援認定(更新)申請書</p> <p>(略)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:30px; text-align: center; vertical-align: middle;">被 保 険 者</td> <td style="width:15%; text-align: center;">(略)</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">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</td> <td style="font-size: small;">要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2</td> <td style="font-size: small;">有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(略)</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30px; text-align: center;">提出 代 行 者</td> <td style="width:15%;">名称</td> <td style="font-size: small;">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)</td> <td style="width:50%; text-align: right;">印</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td style="text-align: center;">〒</td> <td style="text-align: right;">電話番号</td> </tr> </table> <p>(略)</p> | 被 保 険 者 | (略) | | | | 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 年 月 日から平成 年 月 日 | | (略) | | | | 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) | 印 | | 住所 | 〒 | 電話番号 | <p>(略)</p> <p>(別添1-1) 介護保険 要介護認定・要支援認定(更新)申請書</p> <p>(略)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td rowspan="3" style="width:30px; text-align: center; vertical-align: middle;">被 保 険 者</td> <td style="width:15%; text-align: center;">(略)</td> <td style="width:35%;"></td> <td style="width:15%;"></td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">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</td> <td style="font-size: small;"> <u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u> </td> <td style="font-size: small;">要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2</td> <td style="font-size: small;">有効期限 平成 年 月 日から平成 年 月 日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">(略)</td> <td colspan="3"> <u>転出元自治体(市町村)名 [_____]</u> <u>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。</u> <u>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください)</u> <div style="text-align: right;"><u>はい・はいえ</u></div> 「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日 </td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:30px; text-align: center;">提出 代 行 者</td> <td style="width:15%;">名称</td> <td style="font-size: small;">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、<u>介護医療院</u>)</td> <td style="width:50%; text-align: right;">印</td> </tr> <tr> <td></td> <td>住所</td> <td style="text-align: center;">〒</td> <td style="text-align: right;">電話番号</td> </tr> </table> <p>(略)</p> | 被 保 険 者 | (略) | | | | 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 | <u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u> | 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 年 月 日から平成 年 月 日 | (略) | <u>転出元自治体(市町村)名 [_____]</u> <u>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。</u> <u>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください)</u> <div style="text-align: right;"><u>はい・はいえ</u></div> 「はい」の場合、申請日 平成 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、 <u>介護医療院</u>) | 印 | | 住所 | 〒 | 電話番号 |
| 被 保 険 者 | | (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 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 年 月 日から平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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) | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 険 者 | (略) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 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 | <u>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</u> ※14日以内に <u>に他自治体から転入した者のみ記入</u> | 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 年 月 日から平成 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (略) | <u>転出元自治体(市町村)名 [_____]</u> <u>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。</u> <u>(既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください)</u> <div style="text-align: right;"><u>はい・はいえ</u></div> 「はい」の場合、申請日 平成 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、 <u>介護医療院</u>) | 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(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

(略)

| | | |
|-------------------|----|--|
| 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) |
| | 住所 | 〒 _____ 電話番号 _____ |

(略)

(別添2) 認定調査票 (概況調査)

(略)

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。

| | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス | 月 回 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス | 月 回 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(老健・診療所) | 月 日 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (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

(略)

| | | |
|-------------------|----|---|
| 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、 <u>介護医療院</u>) |
| | 住所 | 〒 _____ 電話番号 _____ |

(略)

(別添2) 認定調査票 (概況調査)

(略)

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。

| | | |
|---|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> (介護予防)訪問介護(ホームヘルプ)・訪問型サービス | 月 回 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)通所介護(デイサービス)・通所型サービス | 月 回 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| <input type="checkbox"/> (介護予防)短期入所療養介護(療養ホーム)(老健・診療所) | 月 日 | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |
| (略) | | (略) |

| 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"/> 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(ケアハウス等) <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 — — |

(略)

(別添3) 主治医意見書

(略)

3. 心身の状態に関する意見

| | | |
|---|---|---|
| (略) | | |
| (3) 認知症の周辺症状 (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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/>女親・女聴 <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 () </td> </tr> </table> | } | <input type="checkbox"/> 女親・女聴 <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 () |
| } | <input type="checkbox"/> 女親・女聴 <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 () | |
| (略) | | |

(略)

| 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 style="color: red;" 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(ケアハウス等) <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 — — |

(略)

(別添3) 主治医意見書

(略)

3. 心身の状態に関する意見

| | | |
|---|---|---|
| (略) | | |
| (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 <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="vertical-align: middle;"> <input type="checkbox"/>女親・女聴 <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 () </td> </tr> </table> | } | <input type="checkbox"/> 女親・女聴 <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 () |
| } | <input type="checkbox"/> 女親・女聴 <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 () | |
| (略) | | |

(略)