

(介 11)

令和2年4月7日

都道府県医師会

介護保険担当理事 殿

日本医師会常任理事

江澤 和彦

(公印省略)

「要介護認定等の実施について」の一部改正について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、要介護認定における認定調査につきましては、本年3月18日付(介197)文書等において、市町村が認定調査を委託した場合に認定調査を行うことができる者として、新たに「保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者」が規定される旨をご連絡申し上げたところ です。

当該規定につきましては、本年4月1日より適用されることになり、今般、厚生労働省より、各都道府県知事宛てに通知が発出されましたのでご連絡申し上げます。

また、本通知では、主治医意見書などの様式について、元号(令和)を追加した新たな様式が示されたおります。

なお、本通知につきましては、本会ホームページ__メンバーズルーム__介護保険__要介護認定のページ(<http://www.med.or.jp/japanese/members/kaigo/nintei/>)に掲載することを申し添えます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、郡市区医師会および会員への周知方よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

(添付資料)

・「要介護認定等の実施について」の一部改正について

(令2.3.31 老発0331第2号 厚生労働省老健局長通知)



老発 0331 第 2 号
令和 2 年 3 月 31 日

各都道府県知事 殿

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」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、令和 2 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>1 (略)</p> <p>2 要介護認定に係る調査の実施者</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。</p> <p>(3) 略</p> <p>(4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「調査対象者」という。)に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。</p> <p>3～5 (略)</p>	<p>1 (略)</p> <p>2 要介護認定に係る調査の実施者</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 指定市町村事務受託法人への委託 市町村は認定調査を指定市町村事務受託法人に委託することができる。<u>なお、指定市町村事務受託法人における認定調査は介護支援専門員が行うことを基本とする。</u></p> <p>(3) (略)</p> <p>(4) 認定調査員 市町村職員、認定調査について市町村から委託を受けた指定市町村事務受託法人に所属する<u>介護支援専門員その他の保健、医療又は福祉に関する専門的知識を有する者</u>、指定居宅介護支援事業者等に所属する介護支援専門員並びに介護支援専門員であって、本職通知(「認定調査員等研修事業の実施について」(平成20年6月4日老発第0604001号)により都道府県又は指定都市が実施する認定調査に関する研修(認定調査員研修)を修了した者(以下「認定調査員」という。))が、別途老人保健課長名で通知する「認定調査票記入の手引き」に従って、別添2に示す認定調査票を用いて認定調査の対象者(以下「調査対象者」という。)に関する認定調査を実施する。ただし、調査対象者に対して3に規定する主治医意見書を記載する医師であって介護支援専門員である者は、当該調査対象者に対して、当該申請に関する認定調査を行うことはできない。 <u>介護支援専門員以外の保健、医療、福祉に関する専門的知識を有する者は、以下の①又は②のいずれかに該当する者とする。</u></p> <p>① <u>規則第113条の2第1号又は第2号に規定される者であって、介護に係る実務の経験が5年以上である者</u></p> <p>② <u>認定調査に従事した経験が1年以上である者</u></p> <p>3～5 (略)</p>

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 平成 年 月 日

被保険者番号	個人番号
7桁*	生年月日 明・大・昭 年 月 日
氏名	性別 男・女
住所	電話番号
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 届出元自治体（郡町村）名 [] 現在、届出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定申請書を送付している場合は「はい」を記載してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日	
高齢者月間の介護保険料納付義務、要介護認定等への入居、入居の有無 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日	
有・無	期前 年 月 日～年 月 日

提出代行者	名称	住所	電話番号
	名称に〇（地域包括支援センター）※名称介護支援センター、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、介護施設		
	〒		

主治医	主治医の氏名	医療機関名	電話番号
	所在地 〒		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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特定結果・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

被保険者番号	個人番号
7桁*	生年月日 明・大・昭 年 月 日
氏名	性別 男・女
住所	電話番号
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 届出元自治体（郡町村）名 [] 現在、届出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定申請書を送付している場合は「はい」を記載してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日	
高齢者月間の介護保険料納付義務、要介護認定等への入居、入居の有無 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日 介護保険料納付等の名称等、所管地 期前 年 月 日～年 月 日	
有・無	期前 年 月 日～年 月 日

提出代行者	名称	住所	電話番号
	名称に〇（地域包括支援センター）※名称介護支援センター、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、介護施設		
	〒		

主治医	主治医の氏名	医療機関名	電話番号
	所在地 〒		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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特定結果・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
次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被保険者番号											個人番号										
	7桁+											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 年 月 日から 平成 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										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	介護保険施設の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										

提出代行者	名称	※明記〇(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、介護療養型医療施設)																	
	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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
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1-2)

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
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被保険者番号											個人番号										
	7桁+											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										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	介護保険施設の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										
	医療機関等の名称等・所在地										期満 年 月 日 - 年 月 日										

提出代行者	名称	※明記〇(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、介護療養型医療施設)																	
	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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
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)

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

〇〇市(町村)長 様
次のおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	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										
現在受けている要介護・要支援	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										
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現在受けているサービスの種類記載の消除を求める旨																						
種類指定 変更理由																						

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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号														
特定疾病名																									

(別添1-3)

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

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 者	被保険者番号											個人番号										
	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										
現在受けている要介護・要支援	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										
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現在受けているサービスの種類記載の消除を求める旨																						
種類指定 変更理由																						

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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号														
特定疾病名																									

(別添2)

調査は、調査対象者が高齢の状態（調査可能な状態）であると
きに実施して下さい。本人が紙筆をひいて高齢を出している等、
高齢の状態でない場合は調査対象者として下さい。

調査票番号 _____ 被調査者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

Table with 4 columns: 実施日時 (平成 年 月 日), 実施場所 (自宅内・自宅外), 実施者氏名, 所属機関

II 調査対象者

Table with 4 columns: 過去の認定 (初回・2回目以降), 前回認定結果, 非該当・要支援, 要介護. Includes fields for name, sex, date of birth, and address.

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。

Table for service usage with columns for service type (e.g., 訪問介護, 訪問入浴) and frequency (月, 週, 日).

Table for facility usage with columns for facility type (e.g., 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設) and details like name and phone number.

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、調査対象者が高齢の状態（調査可能な状態）であると
きに実施して下さい。本人が紙筆をひいて高齢を出している等、
高齢の状態でない場合は調査対象者として下さい。

調査票番号 _____ 被調査者番号 _____

認定調査票（概況調査）

I 調査実施者（記入者）

Table with 4 columns: 実施日時 (令和 年 月 日), 実施場所 (自宅内・自宅外), 実施者氏名, 所属機関

II 調査対象者

Table with 4 columns: 過去の認定 (初回・2回目以降), 前回認定結果, 非該当・要支援, 要介護. Includes fields for name, sex, date of birth, and address.

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。

Table for service usage with columns for service type (e.g., 訪問介護, 訪問入浴) and frequency (月, 週, 日).

Table for facility usage with columns for facility type (e.g., 介護老人福祉施設, 介護老人保健施設) and details like name and phone number.

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3)

主治医意見書

記入日 平成 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	平成 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	年 月 日頃)
2.	_____	発症年月日	(昭和・平成	年 月 日頃)
3.	_____	発症年月日	(昭和・平成	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)				

2~5 (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 <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)				

2~5 (略)

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	[] []										
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女						
	住 所 (転出先予定)											
	異動予定日	平成	年	月	日							

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

平成 年 月 日 [] [] [] [] [] []

〇〇市（町村）長 公印

認定済・申請中	申請年月日	
要介護状態区分	認定年月日	
認定の有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで有効	
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()	
介護認定審査会の意見		
備 考		

裏面に注意事項を記入

(別添4)

介護保険受給資格証明書

被 保 険 者	番 号	[] []										
	フリガナ											
	氏 名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	男・女						
	住 所 (転出先予定)											
	異動予定日	令和	年	月	日							

上記の者は、介護保険の要介護認定・要支援認定等を次のとおり受けている（申請中の）者であることを証する。

令和 年 月 日 [] [] [] [] [] []

〇〇市（町村）長 公印

認定済・申請中	申請年月日	
要介護状態区分	認定年月日	
認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日まで有効	
利用者の負担割合 (住所移転前の負担割合)	割 ()	
介護認定審査会の意見		
備 考		

裏面に注意事項を記入